

Cocaïne, données essentielles



Sous la direction de
Maud Pousset

2012

Cocaïne, *données essentielles*



Sous la direction de
Maud Pousset

2012

Contributions

Cocaïne, données essentielles est un ouvrage collectif de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Sous la direction de Maud Pousset

Comité éditorial : Julie-Émilie Adès, Tiphaine Canarelli, Michel Gandilhon, Hélène Martineau, Maitena Milhet, Maud Pousset, Marie-Line Tovar

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Julie-Émilie Adès et Hélène Martineau

Conseiller scientifique et rédactionnel : Serge Karsenty

Auteurs : Julie-Émilie Adès, Tanja Bastianic, Christian Ben Lakhdar[1], Agnès Cadet-Taïrou, Tiphaine Canarelli, Jean-Michel Costes[2], Sayon Dambélé, Cristina Díaz Gómez, Vincent Eroukmanoff, Michel Gandilhon, Éric Janssen, Emmanuel Lahaie, Aurélie Lermenier, Maitena Milhet, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Marie-Line Tovar

Synthèses et repères méthodologiques : Aurélie Lermenier

Bibliographie : Isabelle Michot

Textes législatifs : Anne de l'Eprevier

Conception graphique : Frédérique Million

---

1. Université catholique de Lille (FLSEG) & Laboratoire « Lille Economie & Management » (UMR CNRS 8179)

2. Observatoire des jeux d'argent et de hasard. Expert auprès de l'OEDT et de l'ONU

Remerciements pour leurs conseils et leur relecture :
Pr Bruno Falissard (directeur de l'unité INSERM U669, « Santé mentale et santé publique »)
Marc Gény (chef d'état-major, OCRTIS)
Serge Karsenty (laboratoire « Droit et Changement Social », faculté de droit université de Nantes - CNRS)
Dr William Lowenstein (spécialiste en médecine interne, addictologue, directeur général de la clinique Montevidéo, Institut Baron Maurice de Rothschild pour la recherche et le traitement des addictions)
Frank Zobel (chef d'unité, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)

Merci également à :
François Beck (INPES), Celia Blauel (INPES), Xavier Castaing (Préfecture de police), Florent Coudeyrat (INPES), Yaëlle Dauriol (Médecins du Monde), Laurence Dujourdy (INPS), David Fréon (Choc), Valérie Galvan (Keep Smiling), Romain Guignard (INPES), Olivier Le Nézet (OFDT), Fabrice Perez (Techno+), Grégory Pfau (Association Charonne, site TREND Paris), Sully Renois (Association Charonne), Marie Riber (Le Nouvel Observateur), Jean-Baptiste Richard (INPES), Stéphanie Santolaria (Direction générale des douanes et droits indirects), Guillaume Sudérie (Graphiti, CIRDD Midi-Pyrénées, site TREND Toulouse), Lise Tiano (Le Nouvel Observateur), Claudine Vallauri (CRIPS), Dominique Venière (Préfecture de police), Stéphanie Videau (L'Express)

Avant-propos

Comme il l'avait fait pour le cannabis, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies nous fournit aujourd'hui les éléments indispensables à la bonne compréhension du développement de l'usage de cocaïne dans notre pays.

Ces « données essentielles » contribuent ainsi à changer les représentations parfois complaisantes que nos concitoyens peuvent se faire de l'usage de cocaïne.

Or, cette consommation a changé de nature ces dernières années, elle a quitté un milieu privilégié pour se répandre dans toute la société. Par ailleurs, les conséquences néfastes de ces usages pour la santé sont de mieux en mieux connues.

Mais l'augmentation de cette consommation dans notre pays comme en Europe ne tient pas qu'à l'appétence de certains de nos concitoyens pour cette substance, c'est la conséquence directe d'une stratégie déterminée des organisations criminelles internationales qui ont choisi l'Europe comme second marché d'avenir après les États-Unis et ont développé une stratégie marketing très élaborée.

Même si le niveau de consommation reste dans la moyenne européenne et n'atteint pas les niveaux très importants de certains de nos voisins, nous devons être vigilants et actifs.

On ne peut combattre un phénomène que si on le connaît parfaitement. L'analyse présentée est un outil utile qui explique et justifie, s'il en était besoin, la mobilisation initiée par les pouvoirs publics au plan national et international et les nouvelles actions qui seront mises en œuvre dans le futur plan gouvernemental 2012-2015 actuellement préparé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et l'ensemble des administrations concernées, pour lutter contre la propagation de l'usage des drogues et notamment de la cocaïne dans notre société.

En tout état de cause, les éléments de ce recueil de connaissances permettront, je l'espère, comme le disent nos amis canadiens, de « déromantiser » l'usage de cocaïne, de rappeler les conséquences dommageables de ces consommations tant au plan sanitaire qu'au plan social et fonderont ainsi les bases d'une politique de prévention plus efficace.

Étienne Apaire
Président de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Préface

Depuis une quinzaine d'années, nous découvrons cliniquement les conséquences des multiples usages de la cocaïne, de ses abus, ses méfaits physiques, psychiques et sociaux, en nette augmentation au cours des années 2000.

La cocaïne s'est banalisée. Elle s'est extraite de ses ghettos dorés initiaux pour s'introduire dans tous les milieux comme l'avaient fait, bien avant elle, le tabac, l'alcool et le cannabis.

La consommation de cette quatrième drogue a dépassé celle de l'héroïne. Son image est différente, ses conséquences également. Mais son côté « paillettes », son côté « léger » tend à minimiser les dangers, surtout lorsqu'il est comparé à la « noirceur » de l'héroïne. Pour de nombreux usagers (souvent des polyusagers consommateurs intensifs d'alcool et de tabac), ignorant les risques réels de dépendance et d'overdoses, « la coca, c'est light ! ». Cela n'en rend que plus délicat le développement durable des stratégies de réduction des risques, notamment en France où celles-ci ont été construites sur le « modèle héroïne ».

La cocaïne est, pourtant, à l'origine du plus grand nombre de décès dus à une substance psychoactive illicite aux États-Unis, devant l'héroïne. Il est probable que les infarctus, les troubles du rythme cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances rénales aiguës provoqués par la cocaïne augmentent en France… si l'épidémiologie médicale veut bien les repérer et en chercher l'étiologie. L'appel à la mobilisation sur ce sujet doit être lancé aux urgentistes, cardiologues, neurologues, internistes et à tous les spécialistes concernés dont les médecins généralistes et les ORL !

En prévention, nous nous accordons sur l'importance d'un discours consensuel afin d'être le plus efficace possible. Que ce soit pour prévenir et traiter l'infection à VIH, les hépatites virales ou les addictions, adosser nos décisions et nos actes à des connaissances fiables est une évidente nécessité. Ce développement du « savoir utile » n'est pourtant que relativement récent en addictologie et en santé des addictions.

Soulignons donc l'importance des travaux de l'OFDT dont *Cocaïne, données essentielles* est un fleuron exemplaire. Par sa rigueur et sa qualité, par son caractère multidisciplinaire et son aptitude à la synthèse, il s'inscrit dans la lignée de *Cannabis, données essentielles* publié en 2007.

Enfin, puisque les addictions concernent toutes les substances psychoactives licites ou illicites, nous attendons avec impatience un *Alcool, données essentielles*.

Dr William Lowenstein

Directeur général de la clinique Montevidéo, Institut Baron Maurice de Rothschild pour la recherche et le traitement des addictions

Sommaire

Introduction

Cinq ans après avoir publié *Cannabis, données essentielles*, l'OFDT a choisi de consacrer à nouveau une monographie à un produit illicite : la cocaïne. Si le choix du cannabis s'était imposé compte tenu de son « rang » dans les consommations, celui de la cocaïne s'explique plutôt par l'observation des évolutions que la substance a connues.

Augmentation notable des niveaux de consommation et large diffusion géographique et sociale ; en termes de trafic, réorientation des flux internationaux et développement du microtrafic ; émergence d'une problématique sanitaire avec l'allongement des durées d'exposition et l'apparition de dépendances plus fréquentes. En quinze ans, la place et les enjeux relatifs au produit ont été considérablement modifiés en France et en Europe.

Les perceptions aussi ont évolué. Considérée hier comme une drogue de la performance, en phase avec une société toujours plus exigeante, l'image de la cocaïne pourrait aujourd'hui être « bousculée » : concurrencée sur le marché des stimulants par l'essor des nouvelles drogues de synthèse (souvent qualifiées de *legal highs*), et stigmatisée pour ses conséquences sanitaires et sociales. Et ce, pas uniquement à propos de sa forme crack, depuis toujours considérée comme dévastatrice.

La cocaïne n'est pas un composé simple. La diversité de ses appellations (cocaïne, cc, coke…) semble faire écho à la diversité du produit lui-même (basé ou non, coupé avec nombre de produits) et des voies d'administration (inhalée, injectée, fumée), aux conséquences tout aussi variées.

Au total, l'enjeu de cet ouvrage est d'exposer simplement un sujet complexe parce que multiple. Pour y parvenir, ce travail approche la question sous plusieurs angles : celui du produit, de son acheminement et de ses consommateurs ; celui des conséquences médicales et des traitements proposés comme celui de la réponse publique. Sans oublier la question si prégnante des perceptions et des représentations. Cet examen détaillé provoque inévitablement un effet « loupe » et ne doit pas faire oublier qu'en population générale les niveaux de consommation de la cocaïne restent faibles au regard de ceux d'autres produits et de ceux

observés dans d'autres pays. En France, les évolutions récentes se sont traduites par une hausse des expérimentations chez les adultes mais un léger recul chez les jeunes de 17 ans. En réalité, l'importance que revêt le produit repose plus certainement sur les conséquences sanitaires attendues et les contextes de polyconsommations dans lesquels s'inscrivent le plus souvent ses usages.

Tout au long de ses sept grandes parties, *Cocaïne, données essentielles* s'attache à rendre compte de ces différents aspects et conserve les mêmes objectifs : éclairer le lecteur tout en soulignant la complexité du sujet, proposer une synthèse pédagogique des connaissances mais sans concession à la rigueur scientifique. Fruit d'un véritable travail d'équipe, cet ouvrage puise sa richesse dans la diversité des expertises de ses auteurs, à l'image de la pluridisciplinarité de l'OFDT. Attachés à notre mission de synthèse et de diffusion de l'information, nous espérons que ce travail sera utile au plus grand nombre.

Dr Maud Pousset
Directrice de l'OFDT

Guide de lecture - Cet ouvrage débute par une présentation générale du produit (carte d'identité) ; il est ensuite divisé en six grandes parties thématiques : offre, niveaux, évolutions et géographie des consommations, description des consommateurs, questions sanitaires, cadre légal, politiques publiques, pratiques professionnelles et représentations.

Chaque partie peut être lue indépendamment des autres et s'ouvre par une synthèse présentant les différents chapitres regroupés sous chaque thème.
Afin de permettre une lecture plus aisée de l'ouvrage, quatre types de renvois ont été utilisés :

[1]	renvoi à une référence bibliographique en fin de rapport et repérable par le numéro entre [ ]
(figure 1)	renvoi à un tableau ou graphique situé dans le même chapitre
(voir chapitre)	renvoi à un autre chapitre
(voir cahier des illustrations)	renvoi au cahier en couleur en fin d'ouvrage
Repères méthodologiques	renvoi à la description détaillée en annexe des sources utilisées

La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans une fiche. Il est cependant toujours possible de se reporter à la liste des sigles figurant à la fin de l'ouvrage.
Il n'y a pas de renvoi systématique dans le texte aux termes du glossaire.
Chaque chapitre est signé par ses auteurs. Certains encadrés sont rédigés par d'autres auteurs dont le nom apparaît alors.

1

Carte d'identité de la cocaïne

Tiphaine Canarelli, Aurélie Lermenier, Sayon Dambélé

QU'EST-CE QUE LA COCAÏNE ? NATURE DU PRODUIT, MODE DE FABRICATION

De la coca à la cocaïne

La cocaïne est fabriquée à partir des feuilles d'un arbuste appelé cocaïer. Cet arbuste sud-américain, retrouvé essentiellement en Bolivie, en Colombie et au Pérou, pousse entre 700 et 1 800 mètres d'altitude et arrive à maturité en trois ans environ. Il se caractérise par des rameaux à l'écorce brun-rouge qui lui a valu le nom d'*Erythroxylum*[3] et par des feuilles ovales appelées coca. Extraite de ces feuilles, la cocaïne en est le principal alcaloïde, avec une concentration comprise entre 0,5 % et 1,5 % du fait de différents facteurs (espèce, variété, origine géographique ou altitude de culture notamment) [57]. La cocaïne est consommée sous deux formes principales : chlorhydrate et « base », dont les procédés de fabrication sont détaillés ci-après.

Mode de fabrication de la cocaïne

Des feuilles à la pâte de coca

Les feuilles de coca sont mises à sécher plusieurs jours avant de subir une phase d'extraction consistant à les mélanger avec un produit alcalin (base faible : carbonate de sodium ou de calcium) et un solvant organique (kérosène ou benzène). Une fois les débris de feuilles ôtés, l'adjonction d'une base forte (soude) va donner la pâte de coca (*pasta* ou *bazooka*), de couleur brunâtre, qui est mise à sécher. Cette forme intermédiaire, dont le degré de pureté varie de 80 % à 90 %, est parfois consommée sur les lieux de sa production par voie fumée. Elle induit des effets psychostimulants analogues à ceux provoqués par la cocaïne [57].

De la pâte de coca à la cocaïne

Après une série d'opérations – filtrage, nettoyage et à nouveau séchage à l'aide de plusieurs substances chimiques et d'un traitement par permanganate de

3. *Du grec erutros xulon (« bois rouge »).*

sodium –, une forme de cocaïne base est ainsi obtenue puis dissoute par de l'acétone, avant que lui soit adjoint de l'acide chlorhydrique [57]. Est alors obtenu le chlorhydrate de cocaïne, forme finale se présentant macroscopiquement comme une poudre blanche, floconneuse et cristalline (voir cahier des illustrations) et qui, avant d'être distribuée, sera coupée avec divers produits (lactose, anesthésiques locaux ou autres substances) pour être injectée ou sniffée. Le sniff, voie de consommation la plus utilisée pour cette forme, ne procurerait pas de flash, à la différence de l'injection, mais une sensation de bien-être plus longue qu'après administration intraveineuse. L'injection de poudre une fois diluée est principalement utilisée par des utilisateurs polyconsommateurs [26].

De la cocaïne au crack

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate (sel) peut également être modifiée après dissolution dans de l'eau et adjonction d'un agent alcalin. Cette forme ainsi basée débouche sur du « crack » ou du « free base », selon qu'il lui est rajouté du bicarbonate de sodium ou de l'ammoniaque. Il convient cependant de noter qu'en France ce sont surtout les contextes de consommation qui déterminent l'utilisation de l'un ou l'autre terme : alors que le crack est vendu déjà préparé, sous la forme de « galette » de 50 mg à 200 mg, friable en 4 à 6 « cailloux », le free base est souvent fabriqué directement par l'usager[4]. Ces deux formes sont consommées quasiment exclusivement par voie fumée, soit dans une cigarette contenant du tabac ou du cannabis (*« clope à la coke »*, *« black joint »*), soit, beaucoup plus fréquemment, directement à l'aide de pipes (voir premier encadré du chapitre 4.3). C'est le bruit que fait le caillou de crack au moment de son chauffage pour en inhaler les vapeurs qui a donné son nom à cette substance [57]. Certains usagers de crack, même s'ils sont rares, peuvent aussi s'injecter les restes de cailloux après les avoir fumés et le free base peut parfois, lui aussi, être utilisé par voie intraveineuse (voir premier encadré du chapitre 4.3).

Aperçu historique

Consommation de la cocaïne : repères historiques

L'utilisation de la feuille de coca dans les vallées chaudes de la cordillère des Andes remonterait à plus de cinq mille ans chez les Incas et même dans les civilisations préincas. Réservée aux prêtres lors des cérémonies religieuses (pour les offrandes ou les sacrifices) ou aux guérisseurs, elle était alors mastiquée sous forme d'une chique associant à la feuille de coca des agents alcalins (cendres ou chaux)[5]. Au XVIe siècle, alors que les conquistadors avaient initialement interdit la coca aux Incas, la considérant comme un obstacle à leur conversion religieuse[6], ils finirent par

4. Ces termes peuvent aussi recouvrir d'autres définitions. Ainsi, certains usagers parisiens parlent de crack quand ils utilisent une pipe à crack et de free base lorsqu'ils ont recours à un dispositif plus artisanal (verre recouvert d'une feuille d'aluminium, par exemple).

5. Ces agents facilitant la libération de la cocaïne.

6. La coca était considérée par les Incas comme divine car elle avait le pouvoir d'apaiser la faim et la soif.

leur en fournir du fait des capacités d'endurance induites par cette substance (diminution de la faim et augmentation des capacités physiques), offrant une plus grande productivité aux travaux de force dans les mines ou les champs [5]. Aujourd'hui encore, il arrive fréquemment que les Indiens mâchent ces feuilles de coca pour leur action stimulante et curative ; elles sont aussi parfois utilisées en infusion (« maté de coca »), notamment en Bolivie, pour le mal de l'altitude [57].

La découverte de la cocaïne en Europe, quant à elle, remonte à 1860, année où l'alcaloïde a été isolé et purifié en Allemagne. La mise en évidence de ses propriétés anesthésiques et antalgiques favorisa son utilisation dès 1880 à des fins thérapeutiques, une fois extraite sous forme de poudre, notamment dans certaines indications de chirurgie faciale et oculaire [57]. Du fait de ses propriétés psychostimulantes, particulièrement étudiées par Sigmund Freud, son utilisation en dehors de tout contexte thérapeutique commença à se développer à la même époque et les dangers de sa consommation abusive par voie nasale ou orale furent rapidement pointés. L'usage de la cocaïne a ensuite surtout concerné les milieux artistiques et les milieux favorisés entre les années 1910 et 1920, en particulier au lendemain de la Première Guerre mondiale (voir second encadré du chapitre 7.1). Elle a, d'autre part, été dès cette époque le premier produit illicite à donner lieu à un trafic organisé en provenance d'Amérique du Sud [57]. Abstraction faite de cette période, la consommation de cocaïne est, par la suite, restée marginale et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique en France[7] [26]. Une rupture dans l'usage de ce produit s'est toutefois opérée depuis le début des années 1990, où ont été observés non seulement un élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de cocaïne (poudre) à des sphères sociales plus larges mais aussi l'émergence de la forme basée (crack ou free base) [41]. Depuis le début des années 2000, l'accroissement de la consommation sous sa forme chlorhydrate est sensible au sein des classes intermédiaires de la société (sujets socialement insérés), mais aussi parmi des populations plus jeunes et plus défavorisées [26].

Consommation du crack : repères historiques

Au cours des années 1970 et 1980, devant l'ampleur des quantités de cocaïne provenant d'Amérique du Sud, les États-Unis incitèrent les pays producteurs andins à renforcer les contrôles sur les précurseurs et les solvants permettant de purifier la cocaïne. Cette mesure, en voulant limiter l'importation d'une forme purifiée de cocaïne, a, en contrepartie, entraîné l'exportation de celle-ci sous sa forme non purifiée (pâte), secondairement basée dans le pays d'arrivée. Cette technique du « free basing », utilisant d'abord de l'éther éthylique[8] puis du bicarbonate de sodium, obtint un succès immédiat aux États-Unis et s'y développa considérablement durant les années 1980 [166]. Cette « nouvelle » forme de cocaïne basée (« *rock cocaine* »), insoluble dans l'eau mais fumable, a été d'au-

7. Jusqu'au début des années 1990, son usage a toujours été devancé par celui des opiacés.

8. Cette méthode, complexe et dangereuse, laissa rapidement la place au basage par du bicarbonate de sodium, technique en particulier développée par les usagers des Caraïbes.

tant mieux acceptée à cette époque que certains usagers semblaient percevoir le début des limites de la poudre qualifiée d'« élitiste » et dont l'utilisation intranasale au long cours commençait à entraîner des effets secondaires parfois invalidants (perforations de la cloison nasale notamment). En France, c'est le développement de la consommation du crack dans les Caraïbes qui a servi de point de départ à sa diffusion en direction de Paris à la fin des années 1980, les consommateurs et petits trafiquants étant initialement originaires de cette zone [26, 41]. L'élargissement à d'autres groupes de population – français et maghrébins pour la consommation, mais aussi africains pour le petit trafic – n'est intervenu que quelques années plus tard.

Il existe aujourd'hui une différence de profil entre les usagers déclarant consommer du crack ou du free base. Les premiers vivent dans des conditions de précarité plus importantes, sont relativement plus âgés, avec un profil de consommation centré sur des produits « abordables » (alcool, cannabis, médicaments psychotropes, notamment opiacés détournés), et sont principalement situés, pour la France métropolitaine[9], dans le Nord-Est parisien. Les seconds sont plus jeunes, moins précaires, avec un profil de consommation caractéristique des usagers errants évoluant en marge du milieu festif (très forte polyconsommation avec alcool, cannabis, opiacés dont héroïne, stimulants et hallucinogènes).

Pharmacologie et clinique en lien avec la consommation de cocaïne

La cocaïne ou benzoylméthylecgonine agit principalement par relargage et blocage de la recapture de la dopamine, de la sérotonine et des catécholamines qui s'accumulent et stimulent ainsi les récepteurs des neurones [5, 16]. Sa forme chlorhydrate, hydrosoluble et thermolabile, peut être injectée ou sniffée mais pas fumée, contrairement à la forme basée. Le free base peut également – dans une moindre mesure que le chlorhydrate – être injecté, certains usagers considérant la forme basée comme une forme plus pure et sans adultérant, comparativement à la poudre disponible sur le marché, la rendant à leurs yeux plus adaptée à l'injection et plus puissante dans ses effets [41].

Effets pharmacocinétiques et toxicologiques

Après son administration, la cocaïne est rapidement hydrolysée par des enzymes salivaires et digestives en benzylecgonine et ecgonine, dont une grande partie est détruite lors du premier passage hépatique [16]. Sa demi-vie plasmatique est de 45 à 90 minutes[10] et ses métabolites sont encore détectables dans le sang ou les urines pendant 24 à 36 heures [5]. La cinétique de cet alcaloïde varie suivant la voie d'absorption utilisée[11] ; en effet, si

9. La consommation de crack, en dehors de cette consommation parisienne, se retrouve aux Antilles et en Guyane.

10. La demi-vie (temps nécessaire pour que l'activité pharmacologique d'une substance diminue de moitié) du crack est beaucoup plus courte que celle de la forme chlorhydrate.

11. La demi-vie de cette substance dépend également d'autres facteurs comme la dose et le profil du sujet (variabilité interindividuelle).

la voie intranasale (sniff) freine l'absorption de la cocaïne du fait d'une anesthésie locale et d'une vasoconstriction, l'injection et surtout l'inhalation de vapeurs entraînent très rapidement des symptômes (effets « flash » avec élévation de l'humeur, sensation de toute puissance et de bien-être) [103]. Ainsi, des effets cliniques apparaissent trois minutes après un sniff de cocaïne et peuvent persister jusqu'à une heure, alors qu'ils ne dureront que dix minutes après une prise de crack ou de free base, mais qu'ils seront apparus en cinq à dix secondes du fait d'un passage direct au niveau artériel pulmonaire. La voie intraveineuse entraîne, quant à elle, des effets en seize à vingt secondes, et les taux sanguins les plus élevés sont retrouvés en moins de deux minutes [5].

La dose type de cocaïne consommée est d'environ 100 mg lorsqu'elle est sniffée, de 10 à 25 mg lorsqu'elle est injectée, et de 81 mg en moyenne lorsqu'elle est inhalée (*« street dose »* du crack) [5]. Les doses létales sont estimées de 0,5 à 1,3 g/j par voie orale (fumée), de 0,05 g à 5 g/j par voie nasale et de 0,02 g par voie intraveineuse [16]. Des effets toxiques peuvent se manifester à partir d'une concentration plasmatique de 0,5 mg/l et des accidents mortels pour des taux de 1 mg/l.

Effets pharmacologiques et cliniques

Les organes cibles de la cocaïne sont le système cardio-vasculaire et le système nerveux central. Les effets dépendent de la dose consommée, de la voie d'administration, de spécificités individuelles, mais aussi de l'association éventuelle avec d'autres substances [16], ce qui est le cas le plus fréquent, les usagers de cocaïne étant généralement des polyusagers de substances. Une consommation conjointe d'alcool entraîne la formation de cocaéthylène, substance particulièrement cardiotoxique. L'usage de *speedball*, mélange très toxique d'héroïne et de cocaïne, consommé en sniff ou en injection, est également décrit.

La cocaïne a une action fortement psychostimulante, analogue à celle des amphétamines. L'accumulation de dopamine provoque des manifestations neuropsychiques comme une euphorie et une exaltation de l'humeur, ou encore une impression de grande efficience et d'hyperacuité mentale. S'associent à ce sentiment de plaisir, une stimulation de la vigilance (effets noradrénergiques) avec une réduction des sensations de fatigue, un surcroît d'énergie, une perte du besoin de sommeil et donc une insomnie [5]. Elle entraîne aussi une diminution des inhibitions sociales et devient un facilitateur de communication. À l'extinction de ces effets positifs, une phase de « descente » se met en place avec une inversion de l'humeur, puisque la dépression succède à la stimulation, et l'anxiété et l'irritabilité – voire l'agressivité – à la confiance en soi et à l'euphorie. Un désir impérieux va alors pousser les consommateurs de cocaïne, et en particulier de crack – du fait de sa demi-vie courte –, à rechercher de nouvelles doses dans des cycles de plus en plus rapides et compulsifs [5]. La cocaïne est à l'origine d'une forte dépendance psychique et d'une envie irrépressible du produit (*craving*) [49]. Les risques cliniques de sa consommation sont, d'autre part, d'autant plus élevés que la cocaïne est injectée ou consommée sous forme de crack (effets plus intenses majorant les risques aigus ou plus brefs entraînant des

consommations impulsives). Des risques de surdosages ou d'overdoses mortelles existent – que la cocaïne soit seule ou associée à d'autres substances –, tout comme des risques cardiaques (angor, infarctus) et cérébraux (accidents vasculaires) aigus, en lien avec l'hypertension artérielle et la vasoconstriction. Des usages chroniques peuvent, quant à eux, conduire à des troubles psychiques fréquents et durables, mais aussi à des lésions importantes de la paroi nasale en cas de sniff [26].

Statut illicite du produit : conventions internationales et loi de 1970 en France

Considérée entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle comme un médicament « miracle » du fait de ses vertus anesthésiques et stimulantes, la cocaïne a progressivement fait l'objet d'un processus de pénalisation tant de son commerce que de son usage, au niveau national comme international.

Cocaïne et droit international

Au début du siècle dernier, le recours croissant et parfois chronique à la cocaïne dans un cadre récréatif et non plus thérapeutique incite les États-Unis à proposer une réglementation de son commerce concrétisée par la convention de La Haye en 1912 regroupant douze États signataires[12] [22]. Ces pays édictent alors des règles sur la pharmacie, limitant aux seuls usages « médicaux et légitimes » la fabrication, la vente et l'emploi de la cocaïne et des préparations en contenant. Cette convention, tout en encourageant les nations à contrôler la préparation et la distribution d'opium, de morphine et de cocaïne, laisse un large pouvoir de décision aux États. Dans le prolongement de cet accord international, la convention de Genève précise, treize ans plus tard, en 1925, que la fabrication, la vente, la distribution, l'exportation et l'emploi de la cocaïne seront exclusivement limités aux usages médicaux et scientifiques. En 1931, la convention de Genève, qui est la première à classer les produits selon leur dangerosité, place la cocaïne dans le groupe des drogues les plus puissantes (avec l'opium, la morphine et l'héroïne).

Par la suite, face aux problèmes sanitaires engendrés par la cocaïne, les États décident de renforcer la coopération internationale et d'adopter une convention unique sur les stupéfiants, signée à New York le 30 mars 1961 et abrogeant les traités antérieurs. La cocaïne (et ses dérivés) est dès lors classée dans le tableau I des substances présentant un fort potentiel d'abus – et donc soumises de ce fait à un contrôle rigoureux. Toutefois, contrairement à l'héroïne, elle ne fait pas partie du tableau IV contenant les substances du tableau I n'ayant pas de valeur thérapeutique. L'utilisation de la cocaïne en pharmacie est donc autorisée, même si son usage est devenu marginal à la suite de l'émergence de nouvelles molécules. Cette convention étend d'autre part le contrôle jusqu'alors réservé à la culture de l'opium à celle de la coca (la plante est ainsi surveillée de sa production à sa consommation[13]). De fait,

12. France, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Portugal, Italie, Russie, États-Unis, Chine, Japon, Perse et royaume de Siam.

13. Notamment l'arrachage des cocaïers existant à l'état sauvage et la destruction des cocaïers cultivés illégalement.

tout usage traditionnel devient prohibé, avec un délai d'entrée en vigueur de vingt-cinq ans pour les pays où la mastication traditionnelle des feuilles de coca est répandue. La prévention et le traitement de la toxicomanie, y compris dans leur dimension sociale (insertion-réinsertion), y sont vivement encouragés. Enfin, sur le plan répressif, la convention prévoit également que soit menée au sein des États une lutte coordonnée contre le trafic illicite, passible de sanctions pénales. Si les détournements vers le circuit illicite sont en principe exclus grâce aux mesures de cette convention, les cultures clandestines sont toutefois impossibles à contrôler dans certains pays en manque d'administration. C'est pourquoi un dernier traité international, la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, venant durcir la prohibition et la répression internationale, fut adopté en 1988.

La France a intégré l'ensemble de ces conventions dans son arsenal législatif.

Cocaïne et droit français

Conformément à ses engagements pris au cours de la convention de La Haye de 1912, la France réglemente pour la première fois par la loi du 12 juillet 1916 l'usage en société[14] (mais non en privé) et le commerce des « substances vénéneuses ». Votée en pleine guerre de 1914-1918, cette loi cible particulièrement la cocaïne, dont l'industrie pharmaceutique allemande est une grande pourvoyeuse, à tel point que cette substance est assimilée à une « drogue de l'ennemi », accusée de détruire la nation française [58].

Il faudra attendre la loi du 24 décembre 1953 pour qu'un volet sanitaire vienne compléter l'approche policière et judiciaire qui prévalait jusque-là. Le toxicomane acquiert alors le statut de malade qui peut être astreint à une mesure de soins.

Cette vision dualiste de l'usager (délinquant et malade) sera renforcée avec la loi du 31 décembre 1970, relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants » (voir chapitre 6.1). Elle incrimine pour la première fois l'usage solitaire et privé mais prévoit aussi une exemption de poursuites pénales pour les usagers simples qui acceptent de suivre un traitement. La loi de 1970 constitue aujourd'hui encore le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues.

Comme pour toute drogue illicite, l'usage de cocaïne et de crack est totalement interdit, la production ainsi que la distribution sévèrement punies, et le trafic fortement réprimé. Le texte de loi ne faisant pas de distinction entre les substances, cocaïne et crack sont donc placés au même niveau sur le plan répressif que toutes les autres drogues illicites. Seule l'application de la loi peut varier selon le produit et la quantité incriminée.

14. La cocaïne est, à cette époque, en vogue dans certains milieux (artistes, prostituées, noctambules, etc.). Voir second encadré du chapitre 7.1.

2



L'offre de cocaïne

L'offre de cocaïne

Depuis la Seconde Guerre mondiale, la zone de production de la coca, matière première de la cocaïne, est principalement circonscrite à trois pays : la Colombie, le Pérou et la Bolivie. D'après l'ONUDC, la production mondiale annuelle de cocaïne s'élèverait à plus ou moins un millier de tonnes, un niveau stable depuis une dizaine d'années, bien que la répartition entre ces trois pays fluctue au gré des politiques antidrogues initiées par les États-Unis. En Colombie, le vaste plan pour lutter contre le narcotrafic a effectivement permis de faire reculer la production. Toutefois, cette baisse est compensée par une augmentation de la production au Pérou, en passe de détrôner la Colombie, et en Bolivie, pays qui a autorisé en 2005 une culture réglementée de la coca.

Si l'Amérique du Sud garde le monopole productif, le commerce et la consommation de cocaïne se mondialisent avec le développement du marché européen, qui est presque aussi important aujourd'hui que le marché nord-américain, tandis que les routes du trafic affectent notamment de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest.

En 2011, selon des données encore provisoires, 11 t de cocaïne ont été interceptées lors des saisies effectuées sur le territoire français, ce qui en fait le deuxième produit incriminé, très loin derrière les saisies de cannabis (54 t, herbe et résine confondues). Toutefois, le volume de cocaïne saisi est sujet à de fortes variations et, après le pic de l'année 2006, 2011 constitue un record historique en termes de saisies de cocaïne. Il est important de rappeler que ces saisies traduisent avant tout l'activité policière et douanière et ses fluctuations, mais permettent aussi d'appréhender la diversification des voies d'entrée de la cocaïne sur le territoire français.

La cocaïne et le crack constituent les troisième et quatrième produits impliqués dans les interpellations pour trafic et usage-revente, très loin derrière le cannabis et un peu après l'héroïne. La forte progression de ces interpellations et des saisies depuis une dizaine d'années confirme l'enracinement du deal de cocaïne en France, sous diverses formes.

En métropole, le trafic de cocaïne se structure principalement autour de trois grands types d'organisations : des réseaux liés au grand banditisme, qui vendent le produit en gros ; des réseaux structurés de semi-grossistes dans les banlieues des villes et les rassemblements festifs ; et des réseaux de microtrafic, les plus nombreux, peu structurés et soutenus par un ou deux usagers-revendeurs avec une clientèle restreinte.

Les réseaux liés au grand banditisme sont minoritaires en France mais déterminants dans la chaîne de distribution de la cocaïne, car ils importent de grandes quantités. Les réseaux des cités, qui s'apparentent à des semi-grossistes, sont assez proches de l'organisation du grand banditisme mais incluent une dimension ethnique ou familiale. Une majorité d'entre eux a déjà une longue expérience dans le trafic de

cannabis et tend à élargir ses activités à la cocaïne, plus rémunératrice. Leurs motivations sont purement mercantiles et leur « terreau social » facilite le contact avec les clients, issus des milieux populaires où l'usage de cocaïne augmente. La convergence croissante des voies d'acheminement du cannabis et de la cocaïne pourrait profiter à ce type d'organisation, qui continuerait à se développer. Enfin, la troisième grande modalité est constituée par les micro-réseaux. Ils sont animés le plus souvent par des usagers de cocaïne soucieux de s'approvisionner à moindre coût et que l'appât du gain peut conduire à alimenter une petite clientèle. Ces réseaux s'approvisionnent volontiers hors des frontières françaises (Pays-Bas, Espagne, etc.) et contribuent à la forte disponibilité du produit, y compris dans les zones rurales et périurbaines.

Le prix moyen du gramme de cocaïne en métropole s'élève en 2011 à environ 60 euros. Sa nette diminution depuis vingt ans (80 euros en 2000, 150 euros en 1990) confirme la plus grande disponibilité de la cocaïne, découlant notamment de la réorientation d'une partie de la production mondiale vers l'Europe.

En 2010, le chiffre d'affaires issu de la vente au détail de la cocaïne en France s'élèverait à 902 millions d'euros. Ce montant correspond à un volume d'environ 15 t de cocaïne (dosée à 30 %). Considérant que le produit arrivant sur le sol européen a un taux de pureté de 70 %, ce sont près de 6 t de cocaïne qui seraient importées pour le marché français et 9 t de produits de coupe qui y sont ajoutés. Comme pour tout produit illicite, cette estimation doit être interprétée avec prudence car elle repose sur de nombreuses hypothèses. Il semble néanmoins que le marché de la cocaïne soit en valeur aussi important que celui du cannabis (832 millions d'euros en 2005), avec un volume de produit bien moindre, grâce à l'écart de prix entre ces deux produits.

Les analyses effectuées par les services répressifs et le dispositif SINTES montrent que la teneur en cocaïne pure varie sensiblement selon les échantillons collectés. La concentration moyenne se situe autour de 20 % à 30 %, alors que celle du crack, toujours supérieure à la forme poudre, atteint de 48 % à 72 %. Depuis la fin des années 1990, la part des saisies de cocaïne fortement dosée (> 70 %) a diminué alors que celle des saisies de cocaïne faiblement dosée (< 30 %) a progressé. Les doses de cocaïne sont coupées avec des adultérants (principalement des substances médicamenteuses) et des diluants (surtout des sucres) : les premiers comptent pour la moitié du poids total vendu au consommateur, les seconds pour 20 % à 30 %. Les produits de coupe le plus souvent utilisés sont le lévamisole, la phénacétine et la caféine. Depuis quelques années, la tendance est à une diminution de la part des échantillons pour lesquels la cocaïne est la seule substance active et à une hausse du nombre de produits de coupe associés.

2.1 Géopolitique de la cocaïne

Michel Gandilhon

Jusqu'à la fin des années 1990, l'économie de la cocaïne ne possédait qu'une dimension régionale n'affectant quasiment que le continent américain. Si, en matière d'offre, la réalité n'a pas changé avec le monopole productif exercé par l'Amérique du Sud, la relative saturation puis la stagnation du marché des États-Unis [192] a incité les organisations criminelles investies dans la production et le trafic de cocaïne à réorienter les flux de production en direction de l'Europe occidentale. Aujourd'hui, le Vieux Continent est en passe de détrôner les États-Unis pour devenir le premier marché de consommation au monde. Selon les estimations de l'ONUDC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime), en 2009, la valeur en dollars du marché européen s'élèverait à 33 milliards contre 37 pour les États-Unis [192], pour respectivement 123 et 157 t de cocaïne. Ces montants, compte tenu des saisies, représentent un peu plus de la moitié de la cocaïne consommée dans le monde. C'est donc à une véritable mondialisation du marché et du trafic qu'on assiste aujourd'hui. La totalité des continents de la planète est concernée, y compris l'Afrique, qui s'insère de plus en plus, elle aussi, dans l'économie-monde de la cocaïne. Pour atteindre un marché européen en pleine croissance, les organisations transnationales en charge du trafic diversifient les routes d'approvisionnement afin d'échapper aux dispositifs répressifs mis en place par l'Union européenne sur la façade atlantique et passent de plus en plus par l'ouest du continent africain.

Au commencement étaient les Andes

Au contraire du pavot, plante à la base de la production d'héroïne, dont la culture se retrouve sur les quatre continents, le cocaïer s'épanouit aujourd'hui principalement dans trois pays andins d'Amérique du Sud : le Pérou, la Bolivie et la Colombie. Cette région du monde est la seule où se déploie la feuille de coca, matière première à partir de laquelle le chlorhydrate de cocaïne est produit (voir chapitre 1). Selon le rapport publié en 2011 par l'ONUDC [193], la production mondiale de cocaïne s'élèverait à 865 t annuelles. La Colombie demeure le

premier producteur mondial (450 t), talonnée de plus en plus près par le Pérou (302 t), devant la Bolivie (113 t). En dix ans, malgré la politique dite de « guerre à la drogue » menée par les Nations unies et sa déclinaison sud-américaine, la production globale est restée relativement stable pour tourner autour de 1 000 t.

Ce qui a changé au cours de la dernière décennie, ce sont les ordres de grandeur qui distinguent les trois pays andins. En effet, alors que l'effort répressif porté sur la Colombie à la fin des années 1990 (voir encadré) a abouti à une réduction de la production dans ce pays, la hausse de celle du Pérou et de la Bolivie l'a largement compensée. Ces deux pays deviennent ainsi au fil des ans des producteurs importants de cocaïne alors qu'ils avaient longtemps été subordonnés, dans la division régionale du travail, au rôle de fournisseur de matière première (feuilles de coca et pâte-base) pour les laboratoires implantés sur le sol de la Colombie [112].

Des problèmes non résolus en Colombie

Les premiers effets paradoxaux de la politique des États-Unis, destinée à briser la chaîne de production de la cocaïne en empêchant la pâte-base d'arriver dans les laboratoires colombiens, se font sentir dès le début des années 1980. Ainsi, par un effet de vases communicants, la Colombie s'est mise à cultiver massivement la coca sur son territoire tandis que, dans un second temps, la Bolivie et le Pérou, privés de débouchés pour leurs produits, se mettaient aussi à fabriquer eux-mêmes de la cocaïne.

Ces phénomènes ont favorisé dans toute la région le renforcement d'acteurs criminels et politiques importants, susceptibles de défier largement des États traditionnellement faibles. En Colombie, notamment, l'essor des plantations de coca a permis à la guérilla d'inspiration stalinienne des FARC (Forces armées révolutionnaires de Colombie), qui végétait dans une marginalité politique certaine depuis leur fondation au début des années 1960, de monter en puissance en s'érigeant en protectrice des plantations exploitées notamment par les petits paysans, s'investissant ensuite progressivement à tous les stades du processus de production de cocaïne [83]. À leur apogée, à la fin des années 1990, les plantations de coca en Colombie atteignaient près de 160 000 ha [193], permettant d'alimenter largement les laboratoires fabriquant le chlorhydrate. Face à la montée en puissance des FARC tout au long des années 1990, se créeront en réaction des groupes paramilitaires, les AUC (Autodéfenses unies de Colombie), qui se financeront eux-mêmes en ayant recours à la production de cocaïne. Ils s'investiront d'autant plus dans ce secteur que la défaite du cartel de Medellin – la principale organisation criminelle assurant l'exportation de la cocaïne vers les États-Unis –, au début des années 1990, lancé dans une guerre frontale contre l'État colombien, laissait un vide qui sera comblé par d'autres groupes comme les paramilitaires, et surtout les cartels mexicains. Grâce aux milliards de dollars du Plan Colombie, destinés au renforcement de l'armée colombienne et à la restauration du monopole de la violence étatique (voir encadré), l'État colombien a retrouvé une certaine autorité en dépit d'une criminalité liée aux bandes armées toujours persistantes. Malgré les accords récents de démobili-

sation signés entre les paramilitaires et l'État colombien et en dépit des défaites militaires importantes infligées aux FARC, la situation en Colombie demeure extrêmement inquiétante.

On estime ainsi que les groupes paramilitaires rassemblent encore une dizaine de milliers de membres [86], tandis que les FARC mobilisent entre 6 000 et 9 000 combattants. Tous ces acteurs se livrent, encore aujourd'hui, à des guerres acharnées pour le contrôle des routes d'exportation de la cocaïne, notamment vers la côte pacifique, produisant des morts par milliers et des réfugiés par centaines de milliers[15]. En outre, dans certaines villes du pays, la défaite des grands cartels a laissé place à des organisations plus petites et plus souples, les *cartelitos*, qui se sont placées en partie sous la coupe des grandes organisations mexicaines assurant l'exportation de la cocaïne vers le grand marché nord-américain. Ces « petites » organisations sont un facteur du regain d'homicides depuis quelques années, comme par exemple dans la ville de Medellin. Alors que le taux d'homicides par habitant avait diminué pour se situer aux environs de 80 pour 100 000 habitants pendant les années qui ont suivi la défaite de Pablo Escobar en 1993, en 2010, celui-ci atteint 94 pour 100 000, soit

Le Plan Colombie

Le plan Colombie a été conçu par les États-Unis et l'État colombien, à la fin des années 1990, sous l'administration du président de la République conservateur Andrès Pastrana et signé officiellement le 13 juillet 2000. L'ambition de ce plan était d'aider le gouvernement colombien à lutter contre le narcotrafic de cocaïne, facteur majeur de déstabilisation d'un État qui se trouvait à l'époque au bord de l'effondrement du fait de l'ampleur des mouvements armés (guérillas, organisations paramilitaires, organisations criminelles) investis d'une manière ou d'une autre dans l'économie de la cocaïne. Sur l'objectif d'éradiquer la coca, notamment par le biais des fumigations aériennes, le plan peut se prévaloir de résultats certains (en dix ans, les superficies de coca ont diminué de près de 60 %, tandis que les saisies de cocaïne triplaient [192]). De même, le volet stratégique, fondé sur une coopération militaire importante, fut une réussite. En effet, grâce à l'aide américaine de près de un milliard de dollars par an, l'armée colombienne a été largement modernisée, ce qui lui a permis de remporter des succès, probablement décisifs, sur les mouvements armés, dont les FARC. Du côté américain, la coopération avec l'État colombien a permis d'accroître l'influence étasunienne dans le pays par le biais de l'envoi de centaines de conseillers militaires et le déploiement de compagnies de sécurité privées. Cette coopération, en dépit des protestations de l'Équateur et du Venezuela, et dans une moindre mesure du Brésil, s'est même renforcée depuis 2009, avec le droit accordé aux forces armées américaines d'utiliser trois bases terrestres, deux bases aériennes et deux bases maritimes sur le sol colombien.

15. Sur la guerre menée dans le département du Narino, bordant l'océan Pacifique, entre les FARC, les paramilitaires et l'armée, voir Renaudat C. et Taillefumier V., Les Tribulations d'un gramme de coke*, Paris, Florent Massot, 2011, 286 pages.*

un niveau qui se rapproche de la période critique des années 1990[16]. Cette situation a conduit le nouveau président de la République, Juan Manuel Santos, élu en 2010, à critiquer la dimension exclusivement répressive de la lutte contre le narcotrafic pour mettre en avant les soubassements sociaux de la guerre qui déchire son pays, et notamment l'inégale répartition des terres qui caractérise les campagnes de Colombie.

Dissémination en Bolivie et au Pérou

En Bolivie, l'arrivée au pouvoir en 2005 d'Evo Morales, un syndicaliste investi dans la défense des petits paysans producteurs de coca, est venu également troubler l'ordonnancement fragile de la politique américaine de la « guerre à la drogue ». Ainsi le gouvernement indigéniste[17] a-t-il reconnu la coca, au nom des traditions millénaires de consommation de la plante dans l'aire andine, et autorisé une production légale destinée à favoriser l'épanouissement d'une filière industrielle construite autour de la plante, notamment dans le secteur pharmaceutique. La coca a même été reconnue dans l'article 385 de la nouvelle Constitution adoptée par référendum en 2008 : « *L'État reconnaît la coca originaire et ancestrale comme patrimoine culturel, ressource naturelle renouvelable de la biodiversité de Bolivie, et facteur de cohésion sociale. La revalorisation, la production, la commercialisation et l'industrialisation seront régies par la loi.* » [152]. La loi bolivienne prévoit donc une culture légale de la plante, sur une superficie qui ne doit pas excéder théoriquement 12 000 ha. Cependant, depuis quelques années, la maîtrise de la situation semble échapper de plus en plus au gouvernement. Certains producteurs ne respectent pas les quotas légaux de production et tendent à agrandir leurs superficies, notamment au détriment des réserves indiennes. Une partie des récoltes sont transformées en pâte-base, laquelle finit dans les laboratoires des narcotrafiquants et des bandes criminelles. Ainsi, depuis 2000, les superficies illégales de coca ont plus que doublé en Bolivie, passant de 15 000 à près de 31 000 ha, tandis que sur la même période la production de cocaïne passait de 43 à 113 t [193].

Le processus est similaire au Pérou, où les superficies de coca et la production de cocaïne repartent à la hausse depuis dix ans sur fond de réactivation de la guérilla maoïste du Sentier lumineux – responsable d'une guerre civile qui, entre 1980 et 2000, avait provoqué la mort de près de 70 000 personnes dans le pays – lequel finance une bonne partie de ses activités grâce au trafic de cocaïne [118]. En outre, il semble que le plus puissant cartel mexicain, le cartel de Sinaloa, soit désormais bien implanté dans le pays où il financerait des groupes armés à la frontière avec l'Equateur[18]. La concentration des

16. AFP International, « Les gangs de Medellin n'en finissent pas de s'affronter », 20 août 2010. Au début des années 1990, au paroxysme de la guerre entre l'État colombien et les cartels, le taux d'homicides atteignait dans les trois grandes villes du pays (Cali, Medellin et Bogota) 120 pour 100 000 habitants. À titre de comparaison, le taux d'homicide en France s'élève à un peu moins de 1 pour 100 000 habitants.

17. L'indigénisme désigne en Amérique andine les mouvements politiques et sociaux qui souhaitent défendre l'héritage culturel et les traditions des populations originaires des grandes civilisations précolombiennes.

18. AFP international, « Pérou et Équateur luttent contre les tentacules du cartel de Sinaloa », 7 janvier 2011.

efforts des États-Unis sur la Colombie a donc favorisé la réémergence de la narcocriminalité en Bolivie et au Pérou et son essaimage en Equateur et au Venezuela.

Vers le marché européen

Essor de la route africaine

Le trafic de cocaïne vers l'Europe emprunte trois grandes routes (voir cahier des illustrations). La route dite du nord, qui part des Caraïbes via l'archipel des Açores pour atteindre les grands ports du nord de l'Europe comme Rotterdam et Anvers ; la route dite du centre, qui part d'Amérique du Sud, et notamment du Venezuela, et passe par le Cap-Vert, Madère et les Canaries, et enfin la route africaine, laquelle est apparue récemment [63]. Depuis le début des années 2000, l'Afrique de l'Ouest constitue une zone de transit pour la cocaïne acheminée vers le Vieux Continent, notamment via l'Espagne, qui est la principale porte d'entrée de la cocaïne en Europe, afin de contourner les dispositifs de sécurité mis en place par l'Union européenne. L'Afrique de l'Ouest – notamment la Guinée-Bissau, la Sierra Leone et le Liberia – est ainsi devenue une zone de rebond et de stockage pour les trafiquants latino-américains, qui acheminent la cocaïne par bateau et de plus en plus par avion, en utilisant de petits aéronefs transportant des chargements de moins d'une tonne [146].

Selon l'ONUDC [192], le phénomène a atteint un pic en 2007, avec 47 t de cocaïne destinée au marché européen transitant par l'Afrique occidentale. Si, depuis cette date, il semble que le phénomène soit moins intense, il n'en reste pas moins qu'une vingtaine de tonnes, destinées au Vieux Continent, a transité en 2009 par l'Afrique centrale et occidentale. Une fois arrivée en Afrique de l'Ouest, la cocaïne est réacheminée vers l'Europe en utilisant trois grandes voies.

Outre la voie maritime, par le biais de flottilles commerciales (conteneurs) ou privées, le trafic aérien est utilisé, notamment via le trafic dit de « fourmis », par des personnes ingérant des boulettes de cocaïne ou la transportant tout simplement dans leurs bagages. Il s'agit actuellement du vecteur qui fait l'objet de la majorité des saisies de cocaïne, même si les quantités interceptées sont faibles. Depuis quelque temps, il semble que le vecteur terrestre se développe également, notamment en longeant la côte atlantique par la Mauritanie et le Maroc ou en utilisant l'hinterland (arrière-pays) continental.

Une zone grise profitable aux trafiquants

Comme en Amérique latine, le crime organisé trouve un contexte favorable dans une grande partie de l'Ouest africain où les facteurs géographiques et environnementaux se mêlent aux données historiques et politiques caractérisées dans la totalité des pays africains de la région par une faiblesse des institutions politiques, marquées le plus souvent par la corruption et la pauvreté. Les trafiquants de cocaïne savent profiter de la véritable zone grise[19] que forme cette région, qui englobe l'est de la Mauritanie,

19. *« Zone de non-droit où la souveraineté de l'État ne s'exerce plus réellement et où des puissances criminelles, vivant de la guérilla, du terrorisme et/ou de trafics illicites (souvent les trois ensembles) exercent la réalité du pouvoir. » Gauchon P. et Huissoud J. M.,* Les 100 Mots de la géopolitique, *Paris, PUF, coll. Que sais-je, 2008, 128 pages.*

le nord du Mali, le Niger et le sud de l'Algérie. Cet immense espace recouvert par le Sahel et le Sahara est une zone quasi désertique, lieu de prédilection des contrebandiers d'armes, des trafiquants d'êtres humains, voire des combattants islamistes tels que ceux d'Al-Qaida au Maghreb islamique (AQMI). Ce territoire du chaos, délaissé par des États eux-mêmes extrêmement faibles, s'avère propice au transit de drogues. L'actualité récente l'atteste puisque, en novembre 2009, le nord-est du Mali a été le théâtre d'une opération encore exceptionnelle mais spectaculaire : l'atterrissage clandestin d'un Boeing 727, en provenance du Venezuela, transportant une dizaine de tonnes de cocaïne, disparues ensuite dans la nature.

La gouvernance politique des différents États de la région est bien évidemment affectée par tous ces phénomènes sous la forme, le plus souvent, de la corruption par les groupes criminels des fonctionnaires des États à travers lesquels transite la cocaïne. Le dernier exemple connu remonte à mars 2010 avec l'arrestation pour trafic de drogues de onze hauts fonctionnaires gambiens [146]. Cette corruption couplée à l'impuissance des institutions étatiques explique probablement la faiblesse des saisies, lesquelles ne représenteraient en 2009 que 1 % du total de la cocaïne qui traverse la région [192]. En mars 2009, la Guinée-Bissau – dont l'archipel des Bissagos, situé au large du pays, est devenu un hub (plateforme) pour le transit de drogues – a fourni une illustration grandeur nature des risques de délitement des États avec le véritable « narco-règlement de comptes » qui s'est déroulé lors de la tuerie organisée entre le président de la République, Joao Bernardo Viera, et son chef d'état-major, Tagmé Na Waié [63].

Émergence de nouveaux groupes criminels

Comme les États-Unis avec le Mexique, les pays européens, notamment lors d'un G8 élargi des ministres de l'Intérieur[20] organisé à Paris en mai 2011, ne restent pas indifférents devant ce qui est en train de se passer dans cette zone du monde où par ailleurs certains États de l'Union européenne, comme la France, exercent, du fait de leur passé colonial, une influence politique et économique certaine (voir encadré ci-après). En outre, l'Europe, en tant que second marché de la cocaïne dans le monde, est bien évidemment affectée par le développement mondial du trafic de cette substance, et pas seulement en termes de santé publique. Celui-ci favorise en effet sur son sol l'essor de groupes criminels susceptibles de menacer l'ordre public. La nouvelle « narco-économie-monde » tend à reconfigurer le paysage intérieur du crime organisé, en permettant à certains acteurs, anciens et nouveaux, de connaître une nouvelle vigueur : mafia comme la 'NDrangheta en Italie, premier importateur de cocaïne en Europe via ses connexions en Colombie où elle est implantée [158] ; groupes criminels colombiens et, de plus en plus, mexicains, mettant en place en Espagne des laboratoires de seconde extraction de

20. Afrique du Sud, Algérie, Allemagne, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Espagne, États-Unis, Ghana, Italie, Japon, Maroc, Mexique, Nigéria, Pays-Bas, Pérou, Royaume-Uni, Russie, Saint-Domingue, Sénégal.

cocaïne [63] ; bandes criminelles composées d'importateurs de résine de cannabis et en reconversion vers la cocaïne comme en France. À tous ces acteurs s'ajoutent aussi les organisations criminelles d'origine balkanique, spécialisées notamment dans l'importation d'héroïne en provenance d'Afghanistan. Les structures comme Europol en charge de la répression du trafic font état de l'émergence d'une route des Balkans de la cocaïne. Celle-ci, à l'instar de ce qui se passe pour l'Afrique, profiterait de la faiblesse des gouvernances étatiques dans cette région de l'Europe pour contourner le hub espagnol de mieux en mieux surveillé [63]. Quoi qu'il en soit, la forte chute des saisies de cocaïne enregistrée en Europe depuis quelques années – 53 t en 2009 contre 120 t en 2006 [192] –, dans un contexte où la demande est encore dynamique, est un indicateur de la capacité de l'offre à se frayer de nouvelles voies d'accès en direction des consommateurs, échappant à la vigilance des services répressifs.

Le dispositif français de lutte contre le trafic international de cocaïne

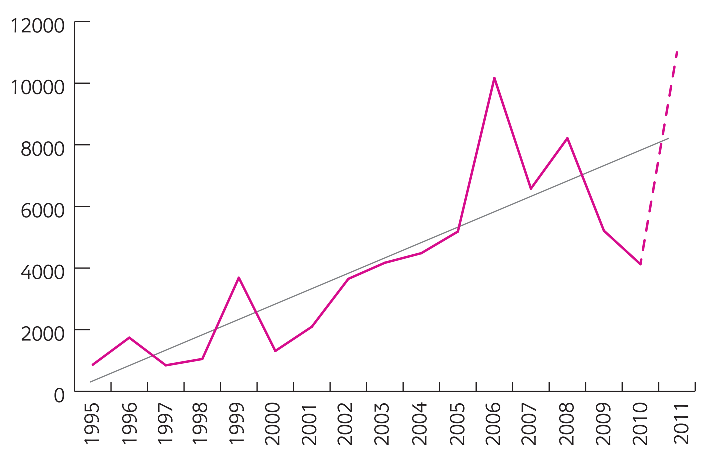
Face à la mondialisation du trafic de cocaïne, la France et des pays de l'Union européenne ont mis en place, à partir de l'année 2007, un dispositif de lutte international contre le trafic transnational de cocaïne, auquel participent les États-Unis. Celui-ci est fondé sur la coopération internationale et notamment européenne via le MAOC-N (*Maritime Analysis and Operations Center for narcotics*, centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants), installé à Lisbonne et le CECLAD-M (centre de coordination pour la lutte anti-drogue en Méditerranée) dont le siège est à Toulon. Ces deux structures accueillent des officiers de liaison en provenance des pays de l'Union européenne ainsi que des agents anti-drogue américains et africains, en vue du partage et de la mise en commun des renseignements relatifs à la criminalité organisée. En outre, l'OCRTIS (Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants) déploie son activité à l'échelle internationale via l'envoi en mission de fonctionnaires dans les pays de production et de transit de la cocaïne afin d'établir des liaisons opérationnelles avec les services étrangers de lutte antidrogue.

2.2
Les trafics de cocaïne en France

Michel Gandilhon

Depuis dix ans, à mesure du développement des consommations de cocaïne[21] en France, la physionomie de l'offre s'est considérablement modifiée. À la diversification sociale de l'usage a répondu celle des filières de trafic. Désormais, des cités périphériques des grandes agglomérations aux centres-villes huppés, l'offre de cocaïne est portée par une grande variété d'organisations, intégrant aussi bien des réseaux relevant du grand banditisme que des réseaux d'amateurs.

Figure 1 - Quantités de cocaïne saisies en France entre 1995 et 2011 (en kg)



Note : les données 2011 sont des données encore provisoires.
Source : OSIRIS (OCRTIS)

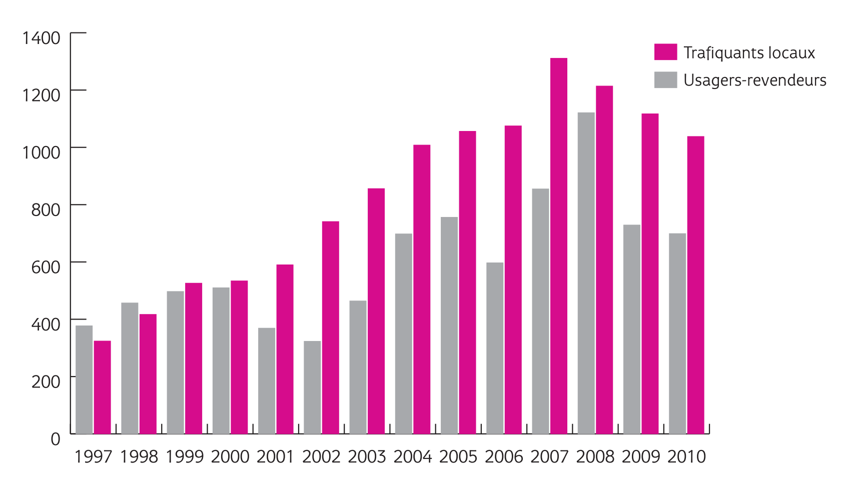
21. Ce chapitre ne traitera que des trafics de chlorhydrate de cocaïne. S'il existe aussi des trafics de crack, ceux-ci sont extrêmement localisés et minoritaires compte tenu des caractéristiques des usagers de ce produit. Quant au free base, il s'agit d'un produit autofabriqué par les usagers, qui ne donne pas lieu à des reventes sur des marchés.

Évolution des saisies et interpellations pour trafic de cocaïne

L'hétérogénéité de l'offre est favorisée par la croissance de la disponibilité de la cocaïne sur le territoire français. Si les saisies réalisées par les services de police, des douanes ou de la gendarmerie ne donnent qu'une image partielle de la réalité de l'offre – la France est aussi un pays de transit et toute la cocaïne saisie n'est pas destinée exclusivement au marché intérieur (voir chapitre 2.1) –, il n'en demeure pas moins que, à leur aune, il est possible de dégager les grandes tendances en la matière. Celles-ci sont nettes : alors que, dans les années 1990, la moyenne des saisies sur le territoire français se situait dans des valeurs tournant autour de la tonne, depuis le début de la décennie 2000, cette moyenne dépasse 5 t (figure 1)[22].

En parallèle, depuis dix ans également, la hausse des saisies a été couplée à l'augmentation des interpellations d'usagers-revendeurs et de trafiquants locaux. Cela témoigne de l'enracinement du trafic de cocaïne en France. Si, pendant la décennie des années 1990, qui marque l'essor de l'usage de cocaïne en France, les forces de l'ordre interpellaient en moyenne 200 trafiquants locaux et 180 usagers-revendeurs chaque année, à partir de l'année 2000 ce nombre a été multiplié par quatre pour les trafiquants locaux et par plus de trois pour les usagers-revendeurs (figure 2).

Figure 2 - Nombre d'usagers-revendeurs et de trafiquants locaux de cocaïne interpellés entre 1997 et 2011



Les statistiques d'interpellations de l'OCRTIS comprennent également la catégorie des trafiquants internationaux, non pris en compte ici (voir chapitre 6.4)
Source : OSIRIS (OCRTIS)

22. Comme on peut le constater sur le schéma des saisies, leur variabilité d'une année sur l'autre est très grande. Les tendances ne peuvent donc s'apprécier que sur la durée.

Typologie de l'offre de cocaïne

Il existe aujourd'hui trois grands types de réseaux qui assurent la distribution de la cocaïne sur le territoire français :

- des réseaux liés au grand banditisme français et étranger, en général spécialisés dans la vente en gros du produit ;
- des réseaux dits de « cité », implantés dans les quartiers périphériques des grandes métropoles, investis soit dans la vente en gros, soit dans celle de détail ;
- des réseaux d'usagers-revendeurs plus ou moins professionnalisés.

Le grand banditisme français et étranger

Si les réseaux liés au grand banditisme sont nécessairement minoritaires en termes quantitatifs, ils sont en revanche décisifs s'agissant de la mise à disposition du produit. Ceux-ci peuvent se subdiviser en deux sous-groupes :

- les trafiquants « hors sol », installés dans les pays de réception de la cocaïne à son entrée en Europe, notamment le sud de l'Espagne, et qui opèrent directement depuis ces pays en vendant de grandes quantités de produit à toutes sortes d'importateurs qui vendront ensuite le produit en France ;
- des grossistes implantés dans un microcosme local ou régional français, qui écoulent le produit obtenu en général auprès des organisations précédemment citées, en direction des réseaux plus ou moins organisés de détaillants.

À la différence des grossistes implantés dans l'Hexagone, les premiers sont directement en contact avec des organisations criminelles européennes, en général italiennes ou britanniques, ou extra-européennes, comme les cartels colombiens ou mexicains [137]. Ils sont capables d'importer des centaines de kilos de cocaïne (notamment par le transport maritime) et évoluent à l'échelle transnationale par le biais d'implantations en Amérique latine (Venezuela, Brésil), aux Antilles (Guadeloupe, Martinique, République dominicaine) et plus récemment en Afrique de l'Ouest (voir chapitre 2.1).

Les réseaux de « cité »

Au sein des réseaux de trafiquants qui s'approvisionnent à l'étranger, les organisations de cité sont extrêmement présentes grâce à leur expérience accumulée depuis des décennies dans l'importation de résine de cannabis. Ce type d'organisation est très proche du grand banditisme du fait des relations d'affaires qu'elles entretiennent avec lui, et par la porosité qui existe entre les deux milieux : les membres les plus « dynamiques » de ces réseaux pouvant intégrer les sphères les plus élevées du crime organisé, lequel assure depuis quelques années le renouvellement de ses troupes en puisant dans ce vivier humain [154].

Une étude [82] menée entre 2004 et 2005, dans le cadre d'un partenariat entre le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) et l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), sur des procédures d'interpellation pour usage-revente et trafic de cocaïne, a cherché à dresser une typologie du microtrafic en France. Les réseaux de cité sont catégorisés sous l'appellation « semi-professionnels » et se distinguent des réseaux d'usagers-revendeurs par des motivations exclusivement

mercantiles. Dans l'esprit, ils sont proches de réseaux impliqués dans un banditisme plus sophistiqué et se caractérisent par une dimension ethnique et/ou familiale prononcée. Ces réseaux peuvent opérer aussi bien dans le contexte « urbain » dans lequel ils sont naturellement implantés par leur positionnement géographique (zones périurbaines) que dans un contexte festif (boîtes de nuit, discothèques, free parties).

Depuis quelques années, les services répressifs constatent l'intérêt croissant de ce type d'organisation pour le chlorhydrate de cocaïne. Les changements observés traduisent soit la reconversion de certains trafiquants de cannabis dans le trafic de cocaïne, plus rémunérateur, soit l'apparition de nouveaux acteurs et de nouvelles filières à partir de l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali) ou des Antilles (République dominicaine, départements français d'outre-mer) [137].

Le constat d'un trafic mêlant cannabis et cocaïne est confirmé par la multiplication d'affaires douanières associant la résine de cannabis et la cocaïne [57] et la visibilité plus grande, dans les différents espaces festifs, d'une offre de cocaïne portée par des dealers provenant du monde des cités [82]. L'émergence de cette nouvelle catégorie de dealers est visible depuis le début des années 2000, notamment dans les milieux festifs proches du courant musical techno, et plus précisément dans les teknivals et les free parties. Depuis la raréfaction de ces grands rassemblements [185] et le développement de la répression des free parties, il semble que cette offre de cocaïne organisée par des réseaux d'ex-dealers de cannabis reconvertis se déplace en direction de l'espace commercial des boîtes de nuit et des discothèques.

Plusieurs facteurs expliquent l'investissement croissant des réseaux de cité dans la cocaïne : une demande extrêmement dynamique et une rentabilité beaucoup plus grande de ce trafic par rapport à celui de résine de cannabis.

Du côté de la demande, le développement de l'usage de cocaïne dans des milieux populaires (voir chapitre 3.2), desquels ce type d'organisations est proche, du fait de leur enracinement social, soutient cette nouvelle dynamique. Depuis dix ans, la chute des prix du gramme au détail, passés de 150 euros à la fin des années 1990 à 60, voire 50 euros, en facilitant l'accès du produit au sein des couches les plus modestes de la population, a favorisé grandement ce processus. Enfin, les transformations des représentations s'agissant des drogues dites dures dans les cités expliquent encore la diffusion de la cocaïne. Il semble

Tableau 1 - Prix d'achat (au détail ou en gros) du gramme de cocaïne et de résine de cannabis (en euros) en 2008 et 2010

	2008		2010	
	Détail	Gros	Détail	Gros
Cocaïne	60,0	28,7	60,0	30,0
Résine de cannabis	5,0	2,2	5,0	2,5

Source : OSIRIS (OCRTIS)

en effet que dans les banlieues marquées à la fin des années 1970 par l'épidémie d'héroïne, les tabous liés à l'usage de substances illicites comme les opiacés et la cocaïne soient en train de s'effondrer et servent l'émergence d'une demande endogène dans les quartiers, alimentant en retour une offre locale de plus en plus structurée.

L'autre grande raison réside aussi dans le niveau de rentabilité beaucoup plus grand de la revente de cocaïne au détail par rapport à celle de la résine de cannabis, qui fait que le trafic est environ dix fois plus lucratif [46]. En effet, chaque gramme de cocaïne vendu au détail permet de dégager, compte tenu des prix pratiqués par les grossistes, une marge d'une trentaine d'euros, contre à peine trois euros pour la résine de cannabis (tableau 1).

Plusieurs indices laissent à penser que ce phénomène de reconversion des dealers est destiné à se renforcer dans les années à venir. Outre les arguments précédents liés à l'accroissement de la demande en France et à la rentabilité du trafic, deux raisons supplémentaires, qui tiennent à la géopolitique de la cocaïne peuvent être avancées. D'une part, les routes empruntées par le trafic international tendent, via l'Afrique de l'Ouest et le Maghreb, à se confondre avec celles de la résine de cannabis produite au Maroc ; d'autre part, l'émergence en Europe d'une culture massive d'herbe de cannabis vient concurrencer de plus en plus la résine marocaine (dans un contexte où la répression de la production dans le royaume chérifien se renforce) et inciter les importateurs de cette résine à passer à la cocaïne, compte tenu de la chute de la demande [198].

Les réseaux d'usagers-revendeurs transfrontaliers

La troisième grande modalité organisationnelle de vente-diffusion de cocaïne est celle des microtrafics, animés le plus souvent par des usagers-revendeurs. Il s'agit dans un premier temps de financer leur consommation personnelle à moindre coût – le gramme de cocaïne acheté en gros est, en moyenne, deux fois moins onéreux que celui acquis sur le marché de détail. Ils achètent la cocaïne à un grossiste ou à un semi-grossiste. Ils finissent par pérenniser leur « fonction » en constituant des microréseaux comprenant quelques clients. Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d'approvisionnement, a permis de mettre en évidence l'importance des phénomènes transfrontaliers dans la configuration du trafic en France. Quand ils n'ont pas sous la main des grossistes implantés à proximité, les usagers-revendeurs n'hésitent pas à franchir les frontières nationales pour s'approvisionner en cocaïne, voire en héroïne, dans les pays jouxtant la France (Belgique, Pays-Bas, Espagne). Il est probable que ce type de réseaux, fondés sur un trafic de fourmis, est majoritaire en France en termes quantitatifs par rapport aux réseaux liés au grand banditisme et aux bandes de dealers professionnalisés et contribue, à son échelle, à la forte disponibilité de la cocaïne sur le territoire français. L'étude menée en 2004-2005 [82] sur les procédures d'interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne a d'ailleurs mis en évidence la relative facilité avec laquelle ce type d'organisations peut se constituer. Ces dernières sont en effet favorisées par la forte présence en Belgique, aux Pays-Bas ou en Espagne de

grossistes et de semi-grossistes bien implantés et familiers des techniques de rabattage des « touristes » de la drogue. En outre, comme pour les réseaux plus professionnalisés, les perspectives de gains rapides et importants encouragent le processus : quelques dizaines de grammes importés chaque mois, écoulés autour d'une petite clientèle, suffisent à assurer plusieurs milliers d'euros de revenu net dans un contexte où beaucoup des usagers-revendeurs interpellés relèvent de situations sociales et professionnelles précaires. Quoi qu'il en soit, ce phénomène des microréseaux transfrontaliers semble en hausse régulière ces dernières années, au vu des interpellations croissantes et des observations du dispositif TREND [84]. Il semble toucher jusqu'aux régions du territoire français – notamment la Bretagne et le Centre – les plus éloignées des pays de stockage de la cocaïne destinée au marché européen.

Repères méthodologiques

OSIRIS, TREND

2.3
Quel est le produit qui circule ?

Emmanuel Lahaie

Depuis une dizaine d'années en France[23], deux sources d'information permettent de recueillir des données sur la composition des produits illicites en circulation, à partir de l'étude de leur niveau de pureté mais aussi des types de produits de coupe utilisés et retrouvés dans les échantillons.

La première source d'information est issue de l'analyse des saisies effectuées par les services répressifs (douanes, police, gendarmerie). Elle permet d'avoir une représentation globale du trafic, mais il est parfois difficile de savoir précisément à quel niveau de la chaîne de distribution une saisie a eu lieu et donc si le produit est destiné à être coupé ou consommé en l'état. L'exploitation des résultats de ces analyses est réalisée par l'Institut national de police scientifique (INPS).

La deuxième source d'information est issue du dispositif SINTES[24] de l'OFDT. Mis en place en 1999, SINTES repose sur le principe de la collecte de produits directement auprès de l'usager. Ce mode de recueil permet de garantir l'analyse en laboratoire d'échantillons destinés à être consommés par les usagers et qui n'ont plus vocation à être transformés.

Caractéristiques d'un échantillon de cocaïne

La cocaïne qui circule principalement en France est le chlorhydrate de cocaïne, poudre blanche soluble dans l'eau. La cocaïne basée (communément appelée crack), qui se présente généralement sous la forme de cailloux beiges ou bruns, ne se retrouve quant à elle que dans moins de 1 % des saisies de cocaïne effectuées depuis ces dix dernières années.

Composition et prix

En 2011, lorsque la cocaïne arrive du pays producteur sur le territoire français, sa pureté[25] n'est jamais complète. Elle est

23. La première publication des données issues de l'exploitation du fichier STUPS© de l'Institut national de police scientifique (INPS) date de 1995.

24. Système d'identification national des toxiques et des substances.

25. Pureté : teneur ou proportion (en %) de la drogue contenue dans un échantillon.

en effet comprise entre 50 % et 80 % avant même d'être coupée pour la revente. En bout de chaîne, la pureté proposée au consommateur oscille entre 20 % et 30 % pour un prix moyen du gramme de cocaïne de 60 euros [25].

S'agissant du crack, les rares échantillons qui ont pu être collectés et analysés par le dispositif SINTES au cours de l'année 2011 ont une pureté globalement supérieure à la cocaïne sous sa forme de poudre, même si elle varie beaucoup d'un échantillon à l'autre (de 48 % à 72 %). Le prix d'une galette est de l'ordre de 20 euros, pour un poids variant de 50 à 200 mg.

Pureté et produits de coupe

Définition et nature des produits de coupe

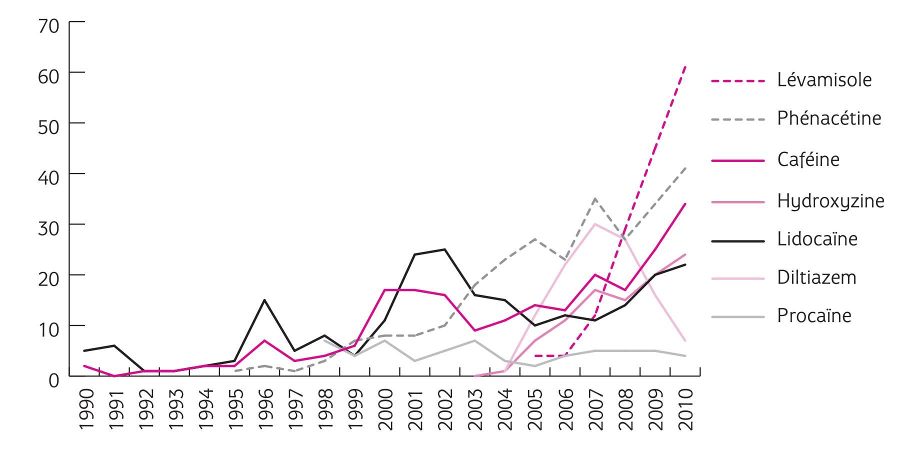
Les produits de coupe sont des substances qui peuvent être pharmacologiquement actives (« adultérants ») ou inertes (« diluants »).

Les adultérants retrouvés dans la cocaïne sont toujours des substances d'origine médicamenteuse. Même s'ils sont (ou bien ont été) tous disponibles dans le commerce légal, leur provenance exacte en tant que produits de coupe de la cocaïne est incertaine (détournements médicamenteux ou substances de contrebande). La liste des adultérants régulièrement identifiés dans la cocaïne approche aujourd'hui la dizaine (figure 1). Un échantillon de cocaïne en contient en moyenne deux ou trois, représentant jusqu'à 50 % de la masse totale de la poudre.

Le reste de la poudre (compris entre 20 % et 40 % de la masse totale) est constitué de diluants comme les sucres (mannitol, lactose et glucose) et d'adjuvants d'origine minérale tels que l'acide borique et les carbonates (sodium, calcium, etc.).

Les mêmes adultérants sont retrouvés, qu'il s'agisse de cocaïne basée ou de forme chlorhydrate.

Figure 1 - Évolution de la présence d'adultérants dans la cocaïne issue des saisies analysées (en %)



Lecture : 35 % des échantillons de cocaïne saisis contiennent de la caféine en 2010.
Source : Base nationale STUPS© (INPS)

Fonctions et perception par les usagers de la pureté et des produits de coupe

Pour les revendeurs, les critères de choix des produits de coupe reposent d'une part sur l'aspect, la taille des particules constituant la poudre, le goût, la couleur, mais aussi sur le prix, la disponibilité et parfois le type d'action pharmacologique attendue.

Lorsqu'il s'agit d'un produit de coupage inerte (sucres), l'objectif est de diluer la cocaïne afin de la rendre plus facilement consommable. Cette dilution est aussi un moyen pour chaque intermédiaire de la chaîne de distribution de garantir ses marges bénéficiaires.

Les adultérants ont, quant à eux, des effets pharmacologiques propres (effet antihypertenseur, antalgique ou anesthésiant local) qui, pour certains d'entre eux, vont combattre un effet secondaire de la cocaïne ou, pour d'autres, vont mimer ou potentialiser (effet excitant) les effets recherchés de la cocaïne.

La perception des usagers quant à la pureté du produit a aussi été explorée. Une enquête, menée via le dispositif SINTES[26] en 2006 dans le cadre de son volet « observation » relative à la cocaïne, a permis de coupler des analyses toxicologiques d'échantillons collectés à des entretiens avec les usagers à l'origine de cette collecte. L'objectif de cette étude était triple : documenter la nature et la composition de la cocaïne circulant à un moment donné, vérifier l'état de connaissances du contenu de la cocaïne par les usagers (teneur et adjuvants) et déterminer les facteurs influençant le plus leur jugement sur la qualité des produits. Les entretiens, menés auprès de 373 usagers, ont ainsi montré qu'ils étaient nombreux à se tromper dans leur estimation de la teneur de la poudre[27] qu'ils venaient de consommer, en particulier lorsque leur produit était de faible ou moyenne teneur. Selon eux, l'estimation de la composition de l'échantillon reposait ainsi essentiellement sur son prix – avec l'idée qu'une cocaïne peu chère est forcément de moins bonne qualité – et sur certaines croyances, comme celle qu'un dealer bien établi a accès à un produit de qualité ou qu'une soi-disant cocaïne « synthétique » serait de moins bonne qualité que la cocaïne d'origine « végétale »[28] [69]. Pourtant, ces écarts entre la valeur estimée et celle analysée ont tendance à diminuer lorsque les teneurs sont extrêmes (soit inférieures à 15 %, soit supérieures à 32 %). En ce qui concerne le discernement des usagers quant aux adultérants utilisés, cette enquête montrait également leur incapacité à les repérer et leurs connaissances imparfaites quant à ces substances en général. La part de personnes interrogées dans cette enquête ayant mentionné la présence de l'un d'entre eux (12 %) était d'ailleurs trop faible pour mesurer un lien entre la présence effective de certains adultérants et la qualité estimée de l'échantillon.

26. Le dispositif SINTES est en effet fondé sur un volet « observation » (enquête spécifique annuelle se rapportant à un produit) et un volet « veille » reposant sur des collectes de produits illicites ayant entraîné un effet inhabituel, ou de produits rares ou nouveaux.

27. Dans le cadre des enquêtes d'observation SINTES, il est demandé à l'usager qui cède une partie de l'échantillon qu'il a consommé d'en estimer la pureté avant qu'il ne soit analysé en laboratoire.

28. Près de 60 % des usagers interrogés dans l'enquête SINTES Observation cocaïne de 2006 faisaient la distinction entre une cocaïne d'origine « végétale », supposée de meilleure qualité, et une cocaïne « synthétique », suivant les termes posés dans cette enquête (même si la cocaïne provient toujours de la coca, feuilles du cocaïer, voir chapitre 1).

Les conséquences de la variabilité des échantillons en circulation

Consommer une cocaïne plus ou moins dosée ou plus ou moins coupée entraîne des conséquences différentes sur le plan clinique. Pour autant, en dépit de certaines croyances établies comme celle qu'une cocaïne plus « pure » ou plus « coupée » serait nécessairement plus dangereuse, les conséquences sanitaires liées à la consommation d'un produit plus ou moins « fort » ou « pur » sont difficiles à établir.

Un échantillon de plus ou moins grande pureté

Attribuer la responsabilité d'une overdose à la cocaïne à la seule grande pureté de l'échantillon consommé par la victime serait ainsi hasardeux[29]. Tout d'abord parce que les symptômes d'une intoxication aiguë à la cocaïne sont multiples et non spécifiques de cette substance, mais aussi parce que la gravité des signes dépend également de la consommation associée à d'autres substances et de la vulnérabilité individuelle. C'est pourquoi les médecins cliniciens ont toujours une difficulté à relier le diagnostic à la prise de cocaïne (voir chapitre 6.2). Cette difficulté est d'autant plus éprouvée que l'échantillon supposé responsable de l'intoxication est rarement analysé dans les services d'urgence car pratiquement indisponible.

Un échantillon plus ou moins coupé

Les effets pharmacologiques et la toxicité des adultérants de la cocaïne sont connus pour leur usage propre, dans le cadre d'une utilisation thérapeutique, c'est-à-dire à des doses et pour des voies d'administration bien définies. Mais leur utilisation en tant que produit de coupe de la cocaïne représente une inconnue. La pharmacologie et la toxicité de ces substances n'ont pas été étudiées pour des voies d'administration telles que le sniff ou l'inhalation, voire l'injection pour certaines. La potentialisation des effets résultant de l'association de la majorité de ces molécules (entre elles ou avec la cocaïne) est également très mal connue. Il s'avère pourtant que cela peut représenter un risque accru, comme l'illustre l'association lévamisole (substance antiparasitaire) et cocaïne qui potentialise les risques d'hypertension et d'arythmie [159].

La quantité d'adultérants réellement absorbée lors d'une prise unique est, en général, relativement faible mais, en cas de prises répétées, elle peut atteindre, voire dépasser certaines doses journalières initialement indiquées dans un cadre thérapeutique et donc, par là même, dépasser le seuil de toxicité.

Les complications cliniques sont donc a priori plus susceptibles d'être provoquées par des administrations répétées de ces substances à moyen et à long terme. Cependant, le risque de toxicité à court terme des substances ajoutées à la cocaïne existe.

29. Hors prise en compte du cas particulier des « mules », dont les « ovules » de cocaïne se délitent lors du transport, libérant plusieurs dizaines de grammes dans les intestins.

À titre d'exemple, en France, à la suite de plusieurs hospitalisations d'usagers de cocaïne, la présence commune d'atropine[30] dans les échantillons de cocaïne a nécessité une alerte sanitaire en 2005. En effet, entre 2004 et 2005, 27 cas d'intoxications liés à la consommation de cocaïne avaient été répertoriés dans plusieurs régions de France, dont certains avaient nécessité une prise en charge sanitaire. Les analyses de sang des victimes avaient ainsi révélé la présence d'atropine, une substance médicamenteuse particulièrement active même à faible dose. Par la suite, la présence d'atropine dans des échantillons de cocaïne avait été confirmée par les collectes du dispositif SINTES.

Il a également été remarqué que le lévamisole pouvait provoquer une agranulocytose[31] chez les individus, les rendant extrêmement sensibles aux infections bactériennes. Depuis 2009, en Amérique du Nord, plusieurs cas d'infections cutanées graves [102, 130] après consommation de cocaïne contenant du lévamisole ont ainsi conduit les autorités sanitaires à lancer des campagnes d'alerte et d'information[32] [34, 56]. De tels cas n'ont pas encore été recensés en Europe mais la présence de lévamisole est en augmentation dans la cocaïne en circulation (figure 1 et ci-après).

Les évolutions depuis quinze ans

Les évolutions en matière de prix et de pureté

À partir de la fin des années 1990, la part des saisies de cocaïne fortement dosée (> 70 %) a considérablement baissé, alors que celle des saisies de cocaïne faiblement dosée (< 30 %) a augmenté [57] (figure 2) révélant une baisse générale de la pureté moyenne de la cocaïne en circulation. Cette tendance, brutale entre 1998 et 2001, a repris à partir de 2008.

S'agissant des pratiques de coupe du produit, la tendance est à l'augmentation du nombre des substances associées dans un même échantillon, pouvant aller jusqu'à cinq, voire six. En 2010, 50 % des échantillons saisis contenaient ainsi au moins trois autres substances actives en dehors de la cocaïne, contre 23 % en 2006 [135]. De plus, depuis 2006, la proportion d'échantillons dont la cocaïne est la seule substance active est en nette diminution. Représentant 24 % des saisies en 2006, ces échantillons ne concernent plus que 8 % de la cocaïne saisie en 2010.

En vingt ans, le prix de la cocaïne a fortement chuté. Si, en 1990, le gramme (g) de cocaïne se négociait à 150 euros en moyenne [191], en 2005, il ne valait plus

30. L'atropine est une substance commercialisée principalement pour ses propriétés anti-arythmique et mydriatique (recherche d'une dilatation de la pupille). Elle peut entraîner une accélération du rythme cardiaque, une confusion mentale et des hallucinations, voire un coma avec une dépression respiratoire ou des convulsions.

31. Disparition brutale de polynucléaires neutrophiles, cellules impliquées dans la défense immunitaire.

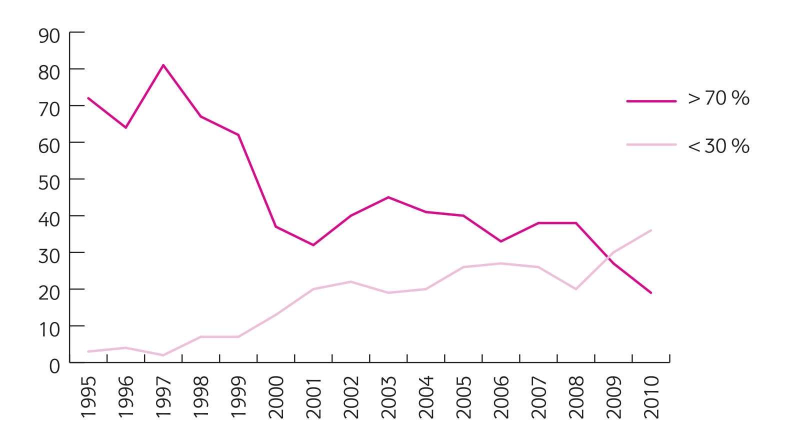
32. « Cocaine cut with animal de-wormer sickens users », KTLA News, 21.6.2011. http://www.ktla.com/news/landing/ktla-tainted-cocaine,0,3473600.story [Accédé le 7.12.2011].

que 65 euros une fois proposé au consommateur. Depuis 2006, il est stable, à 60 euros [27, 46]. La quantité achetée est toutefois un des facteurs principaux faisant varier le prix. Le prix moyen du gramme diminue en effet de 65 à 49 euros lorsque la quantité achetée passe de 1 g à plus de 10 g [69]. La qualité supposée, c'est-à-dire perçue par l'acheteur, est également un facteur influençant le prix. Par exemple, le gramme de la cocaïne d'appellation « écaille de poisson », réputée comme étant de qualité supérieure, peut se négocier jusqu'à deux fois le prix d'une cocaïne annoncée comme de qualité standard. Enfin, s'agissant de la qualité réelle, c'est-à-dire mesurée a posteriori en laboratoire, le prix augmente significativement (> 65 euros/g) uniquement pour des poudres de forte pureté (> 35 %). Le prix d'une cocaïne dosée à 30 % ou à 1 % lui, ne diffère pas [27].

Les adultérants retrouvés dans les échantillons de cocaïne depuis 2000

Médicament vétérinaire commercialisé comme antiparasitaire, le lévamisole [54] est apparu comme adultérant en France en 2003. D'abord discrète, cette utilisation s'est largement répandue à partir de 2008. En 2010, 61 % des échantillons de cocaïne saisis contiennent ainsi du lévamisole (figure 1). Cette augmentation, retrouvée dans presque tous les pays de l'Union européenne, a incité l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) à rappeler dans son rapport 2010 les risques d'agranulocytose potentiellement induits par ce produit. Cet adultérant, qui est le plus fréquent, est néanmoins présent en plus faible quantité que d'autres, puisqu'il représente environ 9 % du volume total d'un échantillon moyen de cocaïne en 2010 d'après l'INPS.

Figure 2 - Évolution des proportions des échantillons à teneurs extrêmes en cocaïne saisis entre 1995 et 2010 (tous types de saisies confondus), en %



Lecture : en 2003, la part des saisies dans lesquelles on trouvait une teneur de plus de 70 % était de 45 % et la part des saisies dans lesquelles on trouvait une teneur inférieure à 30 % était de 19 %.
Source : Base nationale STUPS© (INPS)

La phénacétine [141] est, depuis 2005, très fréquemment ajoutée à la cocaïne. Elle est en effet retrouvée dans 41 % des échantillons de cocaïne saisis en 2010. Précurseur du paracétamol, cette molécule a été commercialisée en France jusqu'en 1994 pour ses propriétés antalgiques et antipyrétiques[33]. Sa toxicité rénale et son potentiel carcinogène[34] ont toutefois eu raison de son autorisation de mise sur le marché. La quantité de phénacétine est extrêmement variable, sa teneur moyenne s'établissant autour de 30 % depuis 2009, c'est-à-dire autant que la cocaïne elle-même.

L'ajout de caféine à la cocaïne, méthode pratiquée depuis au moins 2000, est en augmentation depuis 2003. En 2010, elle est ainsi présente dans 30 % des échantillons de cocaïne saisis.

Le recours à l'hydroxyzine[35] est, depuis son premier signalement en 2003, en constante augmentation (présente dans 20 % des échantillons de cocaïne saisis en 2010). En revanche, sa teneur reste relativement modeste par rapport à la phénacétine, puisqu'un échantillon moyen de cocaïne en contient environ 9 %. Des effets indésirables sont rapportés en cas d'utilisation à forte dose : sécheresse de la bouche, constipation, mydriase[36], troubles de l'accommodation[37], élévation de la pression intraoculaire avec risque de glaucome[38].

L'utilisation de la lidocaïne, après avoir diminué entre 2002 et 2007, revient depuis 2008 à ses premiers niveaux observés en 2001 et 2002 où elle était présente dans 22 % des échantillons de cocaïne. Elle est commercialisée comme anesthésique local et antiarythmique. Les premiers signes indésirables sont d'ordre neurologique (nervosité, tremblements, voire convulsions), puis cardiaques (augmentation du rythme cardiaque suivie d'une dépression cardio-vasculaire et de troubles du rythme pouvant conduire à un arrêt cardiaque).

Le diltiazem[39] et la procaïne[40] sont des substances quant à elles moins employées (< 5 %), même si le premier avait connu un pic d'utilisation en 2007.

Où sont ajoutés ces adultérants ?

Le lévamisole, l'hydroxyzine et le diltiazem sont ajoutés à la cocaïne dans le pays d'origine, avant l'exportation. En revanche, la phénacétine, la lidocaïne et la procaïne sont ajoutées par les grossistes après l'arrivée de la poudre en Europe [57].

Repères méthodologiques :

Base nationale STUPS©, SINTES Veille, SINTES Observation cocaïne

33. Antipyrétique : dont le rôle est de combattre la fièvre.

34. Substance provoquant, aggravant ou sensibilisant l'apparition d'un processus cancéreux.

35. Antihistaminique (de type H1) commercialisé en France et indiqué en cas de manifestations allergiques.

36. Augmentation du diamètre de la pupille (opposé : myosis).

37. L'accommodation est la faculté pour l'œil de modifier sa réfraction pour adapter la netteté à certaines distances grâce au cristallin.

38. Glaucome : pathologie oculaire due à une augmentation de la pression oculaire à l'origine d'une atteinte du nerf optique.

39. Diltiazem : substance commercialisée pour ses propriétés antihypertensives.

40. Procaïne : substance commercialisée pour son action d'anesthésique local.

2.4 Taille du marché de la cocaïne en France

Christian Ben Lakhdar[41]

Compte tenu du statut illicite des produits, l'estimation de la taille des marchés des drogues se révèle être une entreprise délicate. Les données et informations les concernant étant néanmoins de plus en plus disponibles et fiables, il est possible de réaliser cet exercice. Les résultats seront toutefois considérés avec toute la prudence qui se doit.

La demande de cocaïne en France est en expansion. Entre 2005 et 2010, la prévalence d'usagers dans l'année est passée de 0,6 % à 0,9 % ; elle était de 0,2 % en 2000 [8]. Même si cette prévalence est sans commune mesure avec celle du cannabis ou celle des drogues licites (voir chapitre 3.1), l'économie de la cocaïne en France n'est certainement pas négligeable, étant donné le prix de vente élevé de ce produit. Ce chapitre se propose d'estimer la taille de ce marché en volume et en valeur.

Les estimations de l'envergure des marchés nationaux de substances psychoactives illicites ne sont pas seulement des exercices de méthode. Les résultats fournis par ces estimations réalisent deux objectifs. D'une part, ils permettent de mieux apprécier la charge économique qui pèse sur le consommateur ; le niveau de consommation d'un usager intensif et le poids financier qui en découle ajoutent très probablement des difficultés sociales à des problèmes sanitaires. D'autre part, l'estimation en valeur de la taille du marché d'une drogue illicite renseigne sur les gains financiers vraisemblablement réalisés par les « offreurs » ; l'activité criminelle ainsi évaluée aide à calibrer les dispositifs de lutte contre les trafics de stupéfiants (lutte contre le blanchiment, saisies des avoirs criminels).

Méthodologie et données utilisées

Les différentes approches

Deux approches sont possibles pour estimer la taille des marchés des drogues illicites.

41. Université catholique de Lille (FLSEG) et laboratoire Lille Économie & management » (UMR CNRS 8179)

La première s'attache à étudier l'offre dudit marché et se fonde soit sur les saisies et le nombre d'interpellations de vendeurs, soit sur des entretiens menés dans le cadre d'enquêtes sociologiques ou ethnographiques auprès de dealers emprisonnés. La fiabilité des estimations résultant de ces méthodes est discutable : saisies et interpellations sont des indicateurs ne pouvant in fine que refléter l'activité policière ; les dealers emprisonnés peuvent avoir tendance à minimiser ou au contraire à exagérer leurs activités passées [31].

La deuxième approche repose sur l'étude de la demande du marché ; la connaissance du nombre de consommateurs et de certains traits de leur comportement de consommation sont a priori mieux connus grâce aux enquêtes épidémiologiques menées en population générale et aux enquêtes sociologiques conduites auprès d'échantillons plus modestes.

Estimation des prévalences et de l'intensité de la consommation

Pour estimer la taille du marché de la cocaïne en France, les prévalences par âge et sexe des personnes déclarant au moins un usage dans l'année seront utilisées, ainsi que les estimations en effectifs qui en découlent. On consultera les enquêtes les plus récentes menées auprès des jeunes et des adultes [8]. Les données concernant la cocaïne, moins abondantes que celles concernant le cannabis, pour lequel la fréquence d'usage des individus ou encore le contexte d'usage (seul, en groupe, etc.) est connu, contraignent à poser quelques hypothèses de travail. Ces dernières sont établies de façon à obtenir, non pas la plus large ou la plus précise fenêtre d'estimation, mais la moins discutable, sachant que les limites des résultats obtenus seront néanmoins recensées en fin de chapitre.

La carrière d'un consommateur de cocaïne est faite de différentes phases de consommation variant fortement en intensité. Par ailleurs, à l'image de la plupart des produits psychoactifs, il existe de fortes disparités dans les niveaux de consommation en fonction des consommateurs. À défaut de données détaillées sur la fréquence de consommation de l'ensemble des usagers de cocaïne en France, les études publiées conduisent à envisager deux hypothèses pour distinguer des usagers dits « récréatifs » des usagers « intensifs ».

La première consiste à scinder la population usagère de cocaïne (au moins une fois au cours de l'année) entre ceux qui disent avoir déjà eu recours à l'injection au cours de l'année et ceux qui ne l'ont jamais fait. Les premiers seront alors considérés comme des usagers intensifs et les autres comme des usagers récréatifs. La seconde hypothèse distingue les usagers intensifs des usagers récréatifs selon leur déclaration d'avoir, ou non, déjà transformé de la cocaïne en free base au cours de l'année.

À partir de ces hypothèses et des proportions connues dans les enquêtes au niveau international, l'estimation de la population usagère de cocaïne se divise entre 93 % d'usagers récréatifs et 7 % d'usagers intensifs (hypothèse 1) ou entre 88 % et 12 % (hypothèse 2)[42]. Une fois distingués les consommateurs en fonc-

42. Les usagers déclarant avoir « basé » au cours de l'année sont 12 %, ceux déclarant ne pas l'avoir fait sont 85,6 % et ceux ne se prononçant pas sont 2,3 %. Ces deux derniers types d'usagers ont été additionnés.

tion de leur profil de consommation, il convient de savoir quelle quantité de cocaïne consomme tel ou tel type de consommateur. Une récente étude française [164] ainsi que quelques rares travaux issus de la littérature internationale éclairent ce point.

Reynaud-Maurupt et Hoareau [164] étudient la carrière de consommations d'une cinquantaine d'usagers de cocaïne français « cachés » (autrement dit des usagers difficilement accessibles puisque ne fréquentant pas de structures de soin ou n'ayant eu aucun problème judiciaire, généralement insérés socialement et professionnellement). Bien que mettant en évidence de fortes disparités dans les modes de consommation, il ressort, après distinction entre les usagers qui sont dans leur première année de consommation et les plus anciens, que les premiers consommeraient en moyenne 3,7 g de cocaïne par mois, alors que les membres de l'autre groupe, ayant une ancienneté plus longue, consommeraient en moyenne 19 g par mois. On conviendra qu'une consommation moyenne de 3,7 g par mois est assez élevée et peut difficilement qualifier un usage récréatif[43]. Les données issues de cette enquête serviront à élaborer un scénario « haut » de consommation.

Les informations issues de la littérature internationale se traduisent par des estimations moins élevées : un consommateur récréatif consommerait un peu plus de 1 g de cocaïne par mois, tandis qu'un consommateur intensif en consommerait un peu plus de 10 g par mois [107]. Ces niveaux de consommation, confortés par d'autres sources[44] [48], constitueront un scénario « bas » de consommation.

Estimation des volumes et du prix

La multiplication du nombre d'usagers dans l'année par les grammes de cocaïne qu'ils consommeraient permet de produire une estimation des volumes de cocaïne consommés en France par an. Pour obtenir le chiffre d'affaires réalisé à la vente de détail, il faut multiplier ces volumes estimés par le prix au détail du gramme de cocaïne en France. Les informations sur les prix sont disponibles auprès du réseau TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT et auprès de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants). Ces deux sources convergent en estimant le prix du gramme de cocaïne vendu au détail autour de 60 euros [26] pour un niveau de pureté moyen de 30 %. C'est ce prix et ce taux de pureté qui seront retenus pour estimer le chiffre d'affaires de la vente de cocaïne en France en 2010.

De ces estimations des volumes de cocaïne vendus au détail, il est possible d'extrapoler ce que peut être le marché de gros. Effectivement, au contraire du cannabis, un indicateur permettant de situer la transaction le long de la chaîne de distribution existe pour la cocaïne : le pourcentage de pureté. L'hypothèse est ici que, au plus haut de la chaîne de distri-

43. On considère généralement qu'un usager récréatif ne consomme que quelques fois dans l'année.

44. Grâce à un remarquable travail de terrain réalisé auprès d'une centaine d'usagers de cocaïne belges, Decorte [48] arrive à la classification suivante : un niveau d'usage faible à moins de 0,5 g par semaine ; un niveau d'usage moyen entre 0,5 et 2,5 g par semaine ; un niveau d'usage élevé à plus de 2,5 g par semaine. Cela rejoint peu ou prou les niveaux de consommation du scénario « bas » utilisé ici.

bution de la cocaïne, c'est-à-dire là où elle est produite, le taux de pureté du produit est de 100 %, autrement dit qu'aucun additif ou adjuvant n'est venu altérer la qualité du produit[45]. Ce niveau de 100 % est toutefois parfaitement théorique puisque, selon les forces de l'ordre, la qualité de la cocaïne entrant sur le territoire national est de 70 % dans les saisies aéroportuaires effectuées [136]. Les deux hypothèses (pureté de 100 % ou 70 %) seront exploitées pour le calcul.

Le prix de gros d'un kilogramme de cocaïne se situe entre 31 000 et 58 000 euros en Europe, selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)[46]. Dans la plupart des cas, le prix de ce kilogramme est plutôt aux alentours de 35 000 euros, et c'est le montant qui sera retenu dans l'estimation du chiffre d'affaires de gros de la cocaïne en France[47].

Estimation des quantités en circulation et de leur valeur monétaire

Les résultats sont présentés dans le tableau 1, page suivante. Les trois premières étapes retracent les données utilisées ainsi que les hypothèses posées : une population usagère de cocaïne de plus de 350 000 individus[48] (étape 1) qui se divisent, selon deux hypothèses, entre usagers récréatifs et usagers intensifs (étape 2). Ces usagers, en fonction du groupe auquel ils se rattachent (récréatifs/intensifs), ont des comportements de consommation différents les amenant à consommer plus ou moins de grammes de cocaïne par an (étape 3). Ces trois étapes conduisent à produire trois séries d'estimations ; l'une se situant à un niveau bas (scénario bas) et l'autre élevé (scénario haut), encadrant une estimation moyenne (moyenne des moyennes des scénarii).

En France, en 2010, la taille du marché de détail de la cocaïne serait comprise en volume entre 8,4 et 21,7 t, soit une moyenne de 15 t. Ces estimations conduiraient à évaluer le marché de détail de la cocaïne, pour un niveau de pureté moyen de 30 %, à environ 902 millions d'euros (entre 504 et 1 301 millions d'euros).

Si, sur le marché de gros, le taux de pureté est de 70 %, la taille du marché de gros de la cocaïne en France en 2010 peut être évaluée à un peu moins de 6,4 t (entre 3,6 et 9,3 t). Cela représenterait un marché de plus de 225 millions d'euros (entre 125 et 325 millions d'euros) en 2010 en France.

45. Même à la sortie du laboratoire de production, la cocaïne-poudre n'est jamais pure à 100 % du fait de la présence d'acides, de carbonates et d'autres dérivés de pétrole.

46. Voir http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugnet/online/2011/75/article11.

47. Ce chiffre permet de prendre en compte la diversité des produits revendus sur le marché français, dont certains proviennent des pays limitrophes. Il ne diffère pas de façon significative du prix de gros de la cocaïne établi par les forces de l'ordre françaises qui est de l'ordre de 30 000 euros.

48. Du fait des estimations de population et des arrondis, il existe un ordre de grandeur de l'estimation de la population usagère de cocaïne dans l'année. L'estimation de 400 000, donnée au chapitre 3.1, ne diffère pas significativement de celle des 351 000 usagers ici utilisée.

Tableau 1 - Résultats des estimations de la taille du marché de détail et de gros de la cocaïne en France, en volume et en valeur en 2010

Étape 1. Population estimée d'usagers dans l'année

350 569

Étape 2. Discrimination usage récréatif/intensif

Hyp. 1		Hyp. 2	
Récréatifs	Intensifs	Récréatifs	Intensifs
326 029	24 540	304 995	45 574

Étape 3. Consommation en grammes par an

Littérature Internationale		Reynaud-Maurupt & Hoareau [164]	
Récréatifs	Intensifs	Récréatifs	Intensifs
12,5 g	127 g	44,4 g	228 g

Estimations en volume (en grammes) du marché de détail

Scénario bas		Moyenne des moyennes des scénarii	Scénario haut	
7 191 925 g	9 600 334 g		20 070 781 g	23 289 005 g
8 396 129 g		**15 038 011 g**	**21 679 893 g**	

Estimations en valeur (en €) du marché de détail

503 767 761 €	**902 280 663 €**	**1 300 793 565 €**

Estimations en volume (en grammes) du marché de gros

Pureté 100 %		
2 518 839 g	**4 511 403 g**	**6 503 968 g**
Pureté 70%		
3 598 341 g	**6 444 862 g**	**9 291 383 g**

Estimations en valeur (en €) du marché de gros

Pureté 100 %		
88 159 358 €	**157 899 116 €**	**227 638 874 €**
Pureté 70 %		
125 941 940 €	**225 570 166 €**	**325 198 391 €**

Source : Calculs de l'auteur

LIMITES DE L'EXERCICE

Ce travail n'est bien évidemment pas exempt de limites. La première d'entre elles concerne les clés de répartition utilisées pour estimer les usagers récréatifs et les usagers intensifs et leurs niveaux de consommation associés en grammes de cocaïne. Il peut être effectivement avancé que ce n'est pas parce qu'un usager a déjà basé ou a déjà eu recours à l'injection qu'il est de facto dans une phase de consommation intensive de cocaïne.[49] Néanmoins, les hypothèses utilisées sont relativement prudentes : par exemple, Kilmer et Pacula [107] posent comme hypothèse de travail que 83 % des usagers de cocaïne sont des usagers récréatifs alors que 17 % seraient des usagers intensifs. Ce dernier chiffre est nettement supérieur à la deuxième hypothèse retenue à l'étape 2, qui accorde le poids le plus lourd aux usagers intensifs. De la même façon, certaines études concluent sur des niveaux de consommation bien supérieurs à ceux issus de ce travail. Chen et Kandel [32] montrent, grâce à une enquête menée auprès de 2 349 consommateurs de cocaïne âgés de 12 ans et plus aux États-Unis, que près du tiers (32 %) de leur échantillon sont des usagers dans le mois. Parmi ces derniers, 5,5 % sont des usagers quasi quotidiens. Une autre étude américaine, celle de Fox *et al.* [80], offre un autre éclairage. S'intéressant à 54 anciens consommateurs de cocaïne, ces auteurs classifient l'usage de cocaïne à haute fréquence et basse fréquence à plus ou moins trois jours de consommation par semaine. En fonction de cette classification, ils aboutissent aux niveaux mensuels suivants : les gros consommateurs auraient consommé près de 24 g par mois, les petits consommateurs auraient eux consommé 6,5 g par mois. Ceci conforte raisonnablement les hypothèses posées dans ce travail puisque les estimations de consommation sont inférieures à ces derniers chiffres.

Une seconde limite porte sur la différence entre cocaïne-poudre et crack. Même si l'une de nos hypothèses se fonde sur le fait que les usagers aient déjà basé ou non, dans la mesure où les enquêtes en population générale ont quelques difficultés à inclure des populations spécifiques, comme celle des usagers de crack, il est légitime de se poser la question de savoir si les estimations réalisées tiennent compte du crack consommé en France. Si la totalité de la population usagère de crack n'était pas prise en compte dans les estimations présentes, ces dernières minimiseraient quelque peu la taille du marché de la cocaïne en France. Si, au contraire, il était possible de considérer que cette population spécifique est comprise dans ces estimations, celles-ci ne sont en rien fragilisées puisqu'il semblerait que les niveaux de consommation de cocaïne-poudre et de crack soient sensiblement les mêmes [157]. Autrement dit, les consommateurs de crack ne viennent pas perturber outre mesure les estimations présentées en ayant des niveaux de consommation plus élevés que ceux des usagers de cocaïne-poudre. Et ce d'autant qu'un usager de cocaïne-poudre peut simultanément consommer du crack.

49. Remarquons que l'inverse est aussi opposable : ce n'est pas parce que certains usagers n'ont jamais eu recours à l'injection ou n'ont jamais basé qu'ils ne se trouvent pas dans une période de consommation intensive de cocaïne.

Une troisième limite concerne le degré de pureté retenu pour la cocaïne vendue au détail, à savoir 30 % en moyenne. Comme le précisent Cadet-Taïrou *et al.* [26], le degré de pureté de la cocaïne de rue est très variable. Il est possible d'en trouver à 60 % mais aussi à 0 %. Évrard, Legleye et Cadet-Taïrou [69] montrent ainsi, grâce à une collecte de cocaïne réalisée auprès d'usagers en 2006, que près de 8 % des échantillons ne contiennent pas de cocaïne. Étonnamment, cette même proportion se retrouve dans les statistiques américaines, où 9,9 % des transactions de cocaïne-poudre et 8,3 % de celles de crack sont des escroqueries [81]. D'un côté, si la cocaïne vendue au détail a un degré de pureté supérieur à 30 %, les calculs sous-estiment les volumes de cocaïne sur le marché de gros. D'un autre côté, si 8 % à 10 % des transactions de détail de cocaïne sont frauduleuses, mais prises en compte dans notre moyenne de pureté à 30 %, les volumes de cocaïne vendue au détail restent valides, ainsi que le chiffre d'affaires, si l'on considère les escroqueries comme faisant partie du marché.

Il faut tenir compte d'une interrogation supplémentaire. Il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure les volumes consommés ont effectivement été achetés. Cette limite importante à l'estimation du chiffre d'affaires tient au fait que certains usagers peuvent consommer mais ne jamais acheter de produit. Leur consommation se ferait par les dons de cocaïne qu'ils reçoivent ou les partages sans règlement financier. Ce biais a été minimisé ici par le fait que les expérimentateurs, ceux qui ont le plus souvent recours au don, n'ont pas été pris en compte.

Enfin, compte tenu des microréseaux important de la cocaïne par petites quantités sur le territoire national, les estimations du marché de gros intérieur peuvent être surestimées. Les 5,9 t estimées seraient alors à retrouver au sein d'un volume de cocaïne importé plus largement en Europe qu'exclusivement en France.

Pour toutes ces raisons, il convient donc de considérer ces estimations avec toute la prudence qui se doit.

Éléments informatifs

La première information majeure issue de ces estimations est que le marché en valeur de la cocaïne de détail est quasi équivalent à celui du cannabis. Tandis que le marché de détail de la cocaïne est estimé à 902 millions d'euros, celui du cannabis était estimé à 832 millions d'euros en 2005[50]. Les estimations de volume n'ont, quant à elle, rien de commun : 6,4 t pour la cocaïne de gros, 208 t pour le cannabis[51] [115]. Pour des niveaux de chiffre d'affaires quasi équivalents, l'importation en volume est nettement moins importante pour la cocaïne que pour le cannabis, donc peut-être moins risquée en termes d'interpella-

50. À titre de comparaison, le chiffre d'affaires TTC de la vente de cigarettes est compris entre 13 et 14 milliards d'euros en 2010.

51. On retient ici le cannabis qui a fait l'objet d'une transaction marchande ; si l'on ajoute l'autoculture et le don de cannabis, le marché atteint 277 tonnes.

tion. Ce dernier point explique probablement pourquoi certains petits dealers de cannabis diversifient leur offre ou se convertissent complètement à l'offre de cocaïne (voir chapitre 2.2) [82].

Une deuxième information que l'on peut retirer de ces estimations concerne l'importance en volume des produits de coupe de la cocaïne. Entre le moment où la cocaïne est importée en Europe (et/ou en France) et le moment où elle est vendue au détail, plus de 9 t de produits de coupe semblent nécessaires. Sur la base des informations fournies au chapitre 2.3, la phénacétine est l'un des principaux produits de coupe utilisé une fois la cocaïne importée sur le sol européen. Et en 2010, il a été retrouvé dans 41 % des échantillons de cocaïne saisis. Sa teneur moyenne par échantillon a été évaluée à 30 %. Selon un simple calcul, ce serait ainsi un peu plus de 1,8 t de phénacétine qui serait nécessaire uniquement pour le marché français de la cocaïne.

Repères méthodologiques

Baromètre santé, Étude « Usagers cachés de cocaïne », TREND, SINTES Veille, SINTES Observation cocaïne

3



Consommation de cocaïne : niveaux, évolution, géographie

Consommation de cocaïne : niveaux, évolution, géographie

La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé en France métropolitaine, même si son niveau d'usage reste très loin de celui du cannabis. Ainsi, 3 % des jeunes de 17 ans et près de 4 % des 18-64 ans déclarent l'avoir expérimentée, alors que l'usage dans l'année concerne à peine 1 % de la population, qu'elle soit adolescente ou adulte. Comme pour les autres drogues illicites, les hommes sont plus consommateurs que les femmes, quel que soit l'âge. Néanmoins, quand elle a lieu, l'expérimentation de la cocaïne se produit au même âge pour les deux sexes, vers 23 ans en moyenne dans la population adulte. Les niveaux d'expérimentation et d'usage sont maximaux chez les jeunes adultes, puis décroissent avec l'âge.

Parmi les 18-64 ans, l'expérimentation de la cocaïne est plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs occupés. Et parmi ces derniers, les cadres et professions intellectuelles, les artisans-commerçants et les ouvriers sont surreprésentés au sein des usagers de cocaïne, alors que les agriculteurs sont sous-représentés. Chez les adolescents, les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire sont plus nombreux à avoir expérimenté ce produit que ceux encore scolarisés. C'est aussi le cas des adolescents dont le statut social des parents est élevé, quelle que soit leur propre situation.

Les usagers de cocaïne se caractérisent par une forte proportion de polyconsommateurs de produits psychoactifs. Ce polyusage est aussi bien observé chez les personnes prises en charge dans les structures d'accueil et de soins que chez celles fréquentant le milieu festif. Même si le sniff reste le principal mode de consommation de la cocaïne, 1 expérimentateur sur 8 a déjà basé lui-même le produit avant de le consommer.

À l'inverse des régions du nord-est, l'expérimentation de la cocaïne apparaît élevée dans les régions méditerranéennes, en Bretagne et en Île-de-France. C'est particulièrement le cas dans le Languedoc-Roussillon, probablement en raison de sa proximité avec l'Espagne, pays très consommateur et porte d'entrée de la cocaïne en Europe. Parallèlement, la consommation de

cocaïne, traditionnellement plus présente dans les agglomérations que dans les zones moins peuplées, s'observe désormais aussi bien dans les très grandes villes que dans les zones rurales.

Cette diffusion géographique accompagne la diffusion générale observée depuis le début des années 1990, où l'expérimentation et l'usage de cocaïne sont en nette hausse parmi la population française. Ainsi, chez les adultes, la proportion d'expérimentateurs a doublé et celle des usagers dans l'année a triplé entre 2000 et 2010. Même si la tendance a marqué le pas en 2011, chez les adolescents, l'expérimentation a quasiment quadruplé entre 2000 et 2008.

Cette diffusion s'opère aussi bien sur le plan socio-économique que géographique, et elle est principalement le fait des jeunes générations. Si les chômeurs restent plus consommateurs que les actifs occupés, la progression de l'usage est beaucoup plus marquée chez ces derniers. Cette expansion aux milieux sociaux autres que privilégiés ou précarisés trouve son origine dans une plus grande accessibilité de la cocaïne, dans l'intégration du mouvement « techno » au milieu festif général et dans l'image de réussite et de performance véhiculée par cette drogue. La diffusion des usages aux territoires peu urbanisés s'explique notamment par l'arrivée de citadins dans les zones rurales, durablement pour échapper aux loyers trop chers dans les villes ou ponctuellement pour participer à des rassemblements festifs, et le développement du petit trafic local.

En Europe aussi, la cocaïne constitue la deuxième substance illicite la plus consommée après le cannabis, avec plus de quatorze millions d'expérimentateurs. Toutefois, la prévalence y est inférieure à celle observée dans d'autres pays occidentaux et il existe un net clivage entre l'ouest de l'Europe, très consommateur, et l'est, moins concerné. Pour l'expérimentation comme pour l'usage dans l'année, la France se situe dans la moyenne : cette position, relativement récente, est le fruit d'une progression de la cocaïne alors que sa consommation tend à reculer dans plusieurs des pays qui ont les prévalences les plus élevées.

3.1 Niveaux de consommations

Marie-Line Tovar

En France métropolitaine, l'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) auprès des adultes et des jeunes est mesuré depuis une quinzaine d'années par les enquêtes en population générale (Baromètre santé[52] et ESCAPAD[53]). Le produit se classe aujourd'hui au deuxième rang des substances illicites les plus consommées tout en se situant loin derrière le cannabis (que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage dans l'année), mais néanmoins à un niveau plus élevé que l'ecstasy ou l'héroïne.

Les niveaux d'usage présentés ici porteront uniquement sur les consommations au moins une fois au cours la vie (expérimentation) et au moins une fois au cours de l'année (tableau 1). La consommation du crack (cocaïne directement achetée sous sa forme base) concerne des usagers plus rares, très localisés géographiquement et souvent sans domicile. Elle n'est donc pas mesurable dans les enquêtes en population générale[54].

La cocaïne, deuxième drogue illicite la plus consommée

Les résultats des dernières enquêtes permettent de donner un ordre de grandeur du nombre d'usagers de drogues en France. Parmi les 11-75 ans, la cocaïne totalise, en 2011, 1,5 million d'expérimentateurs, c'est-à-dire de personnes qui en ont consommé au moins une fois au cours de leur vie. Ce niveau est bien en deçà de celui du cannabis (qui concerne donc dix fois plus de personnes par ses usages), mais loin devant l'ecstasy (1,1 million) et l'héroïne (0,5 million). Son usage

52. Baromètre santé : enquête réalisée par l'INPES auprès des individus âgés de 15 à 85 ans, les résultats sur les drogues illicites portent sur les 18-64 ans.

53. ESCAPAD : enquête réalisée par l'OFDT auprès des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté (ex-JAPD). Seuls les premiers résultats sont disponibles pour ESCAPAD 2011. Les analyses détaillées s'appuieront donc sur les résultats d'ESCAPAD 2008. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html

54. En revanche, une part des usagers de cocaïne observés ici la consomment transformée en base par eux-mêmes ou par leurs proches après achat de cocaïne chlorhydrate. Elle est alors, dans la très grande majorité des cas, consommée par voie fumée comme le crack.

au cours des douze derniers mois est estimé à 400 000 personnes (tableau 1).

La même estimation réalisée en 2008 chez les adolescents de 17 ans donne environ 25 000 jeunes expérimentateurs de cocaïne. Comme chez les adultes, le cannabis est, de loin, la première drogue illicite consommée, suivie des poppers[55], des produits à inhaler (colles ou solvants) et des champignons hallucinogènes.

En 2010, parmi les 18-64 ans, la cocaïne a été expérimentée par près de 4 personnes sur 100 (3,8 %), et moins de 1 individu sur 100 (0,9 %) en a consommé au cours de l'année [8]. En population adolescente âgée de 17 ans, 3 jeunes sur 100 (3,0 %) déclarent en 2011 avoir expérimenté la substance. À titre de comparaison, en dehors du cannabis, la cocaïne a été légèrement plus expérimentée que les champignons hallucinogènes (3,2 %) et l'ecstasy/MDMA (2,7 %), alors que moins de 2 % de cette population ont expérimenté les autres drogues illicites (amphétamines, héroïne, LSD...). Près de 1 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois, ce qui est un niveau de prévalence nettement supérieur à toutes les autres drogues illicites, hormis le cannabis.

Concernant les consommations des jeunes de 17 ans dans les départements et collectivités d'outre-mer, tous les niveaux d'expérimentation de cocaïne mesurés par l'enquête ESCAPAD en 2008 étaient inférieurs à la moyenne observée en métropole.

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans en 2011

	Produits illicites				***Produits licites***	
	Cannabis	**Cocaïne**	**Ecstasy**	**Héroïne**	**Alcool**	**Tabac**
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,3 M	15,8 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M

// : Non disponible

Définitions :

- Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population)

- Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps.

- Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois ou au moins 120 fois au cours de l'année.

NB *: le nombre d'individus de 11-75 ans en 2009 (année de mise à jour du recensement) est d'environ 49 millions.*

Ces chiffres donnent des ordres de grandeur du nombre des usagers. Une marge d'erreur existe, même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 13,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 13 et 14 millions.

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2007 (OFDT), HBSC 2006 (service médical du rectorat de Toulouse)

55. Vasodilatateur utilisé pour ses effets euphorisants.

Enfin, même si la forme chlorhydrate (poudre) est la plus fréquente en 2010, 12 % des 18-64 ans qui ont expérimenté la cocaïne affirment avoir déjà basé le produit pour le consommer.

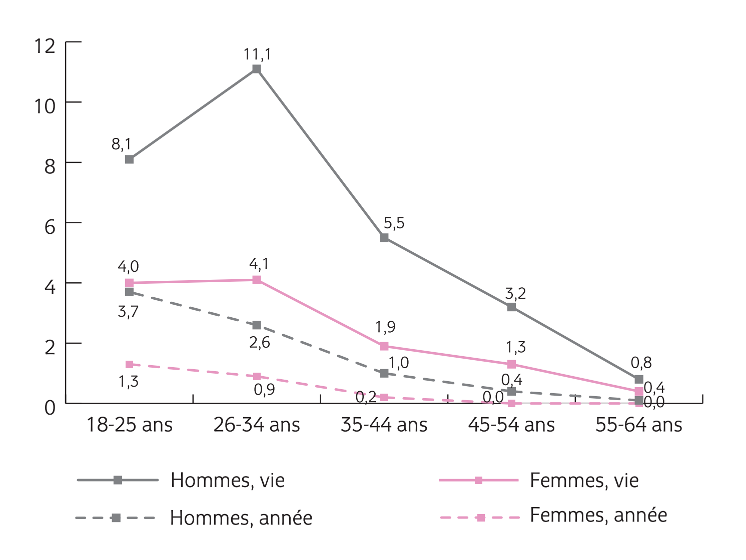
Prédominance des hommes et des jeunes

Comme pour toutes les autres drogues illicites, les hommes sont proportionnellement plus consommateurs que les femmes, quels que soient les niveaux d'usage (figure 1). Parmi les 18-64 ans, l'expérimentation de cocaïne et plus encore son usage dans l'année concerne beaucoup plus les hommes que les femmes (respectivement 5,5 % *vs* 2,2 % pour l'expérimentation et 1,4 % *vs* 0,4 % pour l'usage au cours de l'année). Dans la population adolescente âgée de 17 ans, l'expérimentation est également plus fréquente chez les garçons que chez les filles (respectivement 3,3 % *vs* 2,7 %).

La tranche d'âge la plus concernée par les usages de cocaïne est celle des jeunes adultes, l'usage se raréfiant au fur et à mesure que l'âge s'élève. Parmi les 18-64 ans, la part des personnes ayant déjà pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie est maximale entre 26 et 34 ans (7,6 %), pour atteindre 2,2 % à 45-54 ans et moins de 1 % à 55-64 ans. De même, l'usage au cours de l'année concerne plus particulièrement les 18-25 ans (2,5 %) et décroît au-delà pour être inexistant à partir de 45 ans.

Il n'y a pas de différence significative concernant l'âge moyen d'initiation entre les hommes et les femmes âgés de 18 à

Figure 1 - Usages de la cocaïne selon le sexe et l'âge parmi les 18-64 ans (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

64 ans. Quand elle a eu lieu, la rencontre avec la cocaïne est survenue en moyenne à 23,1 ans.

L'usager de cocaïne fréquemment polyusager

La consommation de cocaïne s'inscrit fréquemment dans un contexte associant d'autres drogues licites et illicites, principalement l'alcool, le tabac et le cannabis (voir chapitres 4.2 et 4.3). Les enquêtes réalisées auprès des populations utilisatrices fréquentant les centres de soins ou les structures d'accueil ainsi que celles auprès de populations spécifiques telles que les personnes qui fréquentent l'espace festif lié aux musiques électroniques [162] rapportent un polyusage.

L'analyse de la polyconsommation selon ces trois produits est ici restreinte aux 18-34 ans, groupe le plus concerné par l'usage de la cocaïne. Les consommations d'alcool et de cannabis sont quatre à cinq fois plus élevées chez les usagers de cocaïne que parmi l'ensemble des 18-34 ans. Ainsi, 14,3 % des expérimentateurs de cocaïne et 15,9 % des usagers au cours de l'année déclarent également un usage quotidien d'alcool (contre 3,2 % de l'ensemble des 18-34 ans) et 67,6 % des expérimentateurs et 87,4 % des usagers au cours de l'année ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois (contre 18,0 % des 18-34 ans). Concernant la consommation du tabac, elle est deux fois plus élevée chez les usagers de cocaïne : 77,0 % des expérimentateurs et 83,1 % des usagers au cours de l'année sont des fumeurs quotidiens (contre 40,6 % des 18-34 ans).

Une consommation variable selon le statut socioprofessionnel

En 2005, une analyse plus fine des résultats du Baromètre santé parmi les métiers qui composent la catégorie des cadres et professions intellectuelles concluait que les professions des arts et du spectacle se distinguaient par une consommation de cocaïne plus importante, comme c'était déjà le cas pour le cannabis. Depuis, des études réalisées par le réseau TREND [164] laissent apparaître que, contrairement aux représentations encore dominantes, sous sa forme poudre, la cocaïne n'est plus l'apanage des groupes sociaux à fort pouvoir d'achat.

La situation actuelle mesurée en population générale montre de fortes variations de l'usage suivant le milieu socio-économique. Dans la population âgée de 18 à 64 ans, c'est parmi les chômeurs que la proportion d'expérimentateurs de cocaïne est la plus élevée (7,6 %), comparativement aux actifs occupés, aux inactifs et aux élèves et étudiants (autour de 4 %) (figure 2). Concernant l'usage dans l'année, les chômeurs s'avèrent relativement proches des élèves et étudiants (1,8 %).

Ces résultats globaux s'expliquent en partie par les différences d'âge, de sexe, de situation familiale, etc., entre ces catégories de personnes. Pour démêler ces facteurs de confusion et comparer toutes choses égales par ailleurs, des régressions logistiques ont été réalisées contrôlant les principales caractéristiques sociodémographiques[56] associées aux usages.

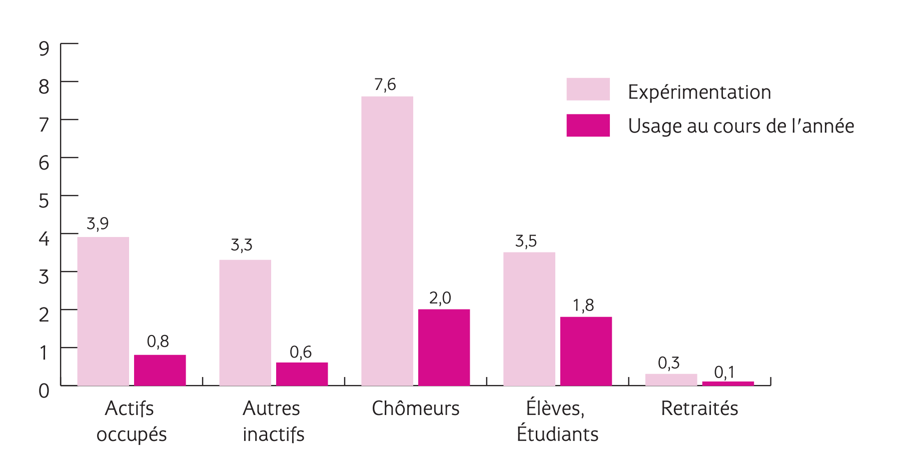
56. L'ajustement porte sur l'âge, le sexe, la vie de couple, la parentalité, la catégorie d'agglomération (4 niveaux), le niveau de diplôme (3 niveaux) et l'équipement téléphonique.

Toutes choses égales par ailleurs, la comparaison entre les chômeurs et les actifs occupés[57] confirme que les premiers sont davantage expérimentateurs de cocaïne que les seconds et que les élèves et les étudiants[58] ne se distinguent pas des actifs occupés.

En analysant plus en détail les professions et catégories socioprofessionnelles des personnes en activité professionnelle (actifs occupés), les variations de consommation sont plus franches. Les agriculteurs exploitants sont peu consommateurs de cocaïne tandis que les artisans-commerçants (7,2 %), les ouvriers (5,3 %) et les cadres (4,9 %) ont des niveaux d'expérimentation supérieurs à la moyenne. Toutes choses égales par ailleurs, les analyses confirment qu'il persiste des écarts dans l'expérimentation de la cocaïne selon les professions et catégories socioprofessionnelles. En effet, les artisans-commerçants, les cadres et les ouvriers ont un niveau de consommation plus élevé comparativement aux professions intermédiaires.

En 2008, le statut professionnel et scolaire des jeunes de 17 ans, mais aussi celui de leurs parents, apparaît fortement lié à la consommation de produits licites ou illicites. Les jeunes en apprentissage et ceux qui sont sortis du système scolaire sont plus nombreux que les jeunes élèves en filière générale, technique ou professionnelle à déclarer fumer quotidiennement, boire régulièrement de l'alcool, connaître des ivresses répétées, fumer du cannabis ou avoir pris de la cocaïne au

Figure 2 - Usages de cocaïne selon le statut scolaire et professionnel parmi les 18-64 ans (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

57. Sur la tranche d'âge 18-44 ans.

58. Sur la tranche d'âge 18-34 ans.

cours de leur vie. Par ailleurs, les enfants d'artisans, de commerçants et de cadres sont les plus importants consommateurs de tabac, d'alcool (régulier ou menant aux ivresses), de cannabis et de cocaïne .

L'expérimentation de la cocaïne est fortement liée à la sociabilité, mesurée par la fréquence des moments passés avec ses amis. Ainsi, dans le contexte de la fête ou sur des lieux de rencontre de jeunes, elle est notable aussi bien dans les milieux plus aisés que chez de jeunes adultes de tous milieux sortis du système scolaire.

Ainsi, les jeunes en apprentissage (6,6 %) et ceux sortis du système scolaire (8,9 %) sont plus nombreux à avoir expérimenté le produit en comparaison des jeunes scolarisés (2,5 %) (tableau 2). De même que ceux dont les parents sont cadres, artisans-commerçants (3,2 %) et chefs d'entreprise (4 %) relativement à ceux dont les parents sont ouvriers (2,7 %).

Les analyses, toutes choses égales par ailleurs, montrent que la fréquence de l'expérimentation est nettement supérieure chez les jeunes en apprentissage (2,2 fois) ainsi que chez ceux qui sont sur le marché de l'emploi (3,1 fois) par rapport aux élèves ou étudiants. Elle croît également avec l'appartenance à un milieu social favorisé ; les enfants de cadres ont, par exemple, expérimenté la cocaïne 1,9 fois plus que les enfants d'ouvriers.

Une enquête quantitative réalisée en 2004 auprès des adolescents parisiens, suivie en 2009 d'un volet qualitatif, montre que la cocaïne est plus expérimentée par les jeunes résidant dans les quartiers plus aisés [10, 116, 180].

Le pourtour méditerranéen et la Bretagne plus consommateurs

Au plan géographique, en 2010, la répartition régionale de la diffusion de la cocaïne en population générale âgée de 18 à 64 ans est assez proche de celle du cannabis. L'expérimentation de la cocaïne en métropole est plus répandue dans les régions méditerranéennes (Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur), en Île-de-France et en Bretagne, tandis qu'à l'inverse un ensemble de régions du nord et de l'est en consomment moins (figure 3). Toutes choses égales par ailleurs, l'analyse multivariée confirme la diffusion supérieure de la cocaïne dans le pourtour méditerranéen et en Bretagne.

La région Languedoc-Roussillon affiche les prévalences les plus élevées de France en termes d'expérimentation

Tableau 2 - Usages de cocaïne suivant le statut professionnel et scolaire à 17 ans en 2008 (en %)

	Expérimentation	**Usage au cours de l'année**
Élève, étudiant	2,5	1,9
Apprentissage, formation alternée	6,6	5,1
Actif (chômeur ou occupé)	8,9	6,3

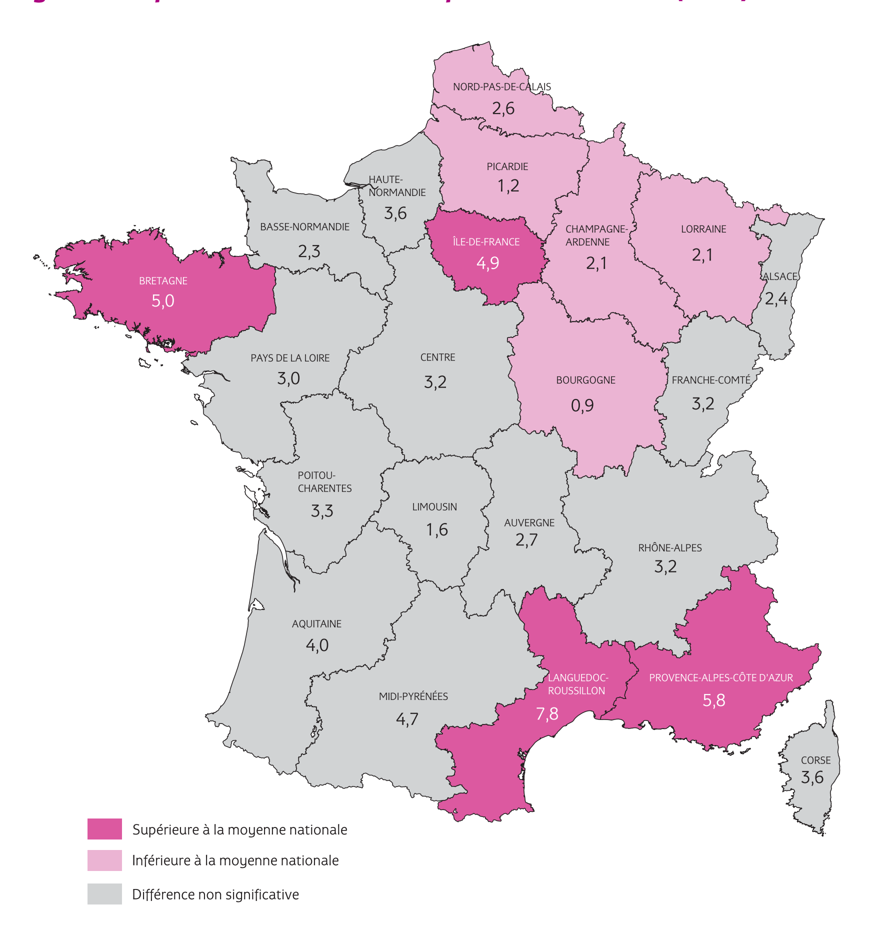
Source : ESCAPAD 2008 (OFDT)

(7,8 %) et d'usage au cours de l'année (3 %). Sa proximité avec l'Espagne, porte d'entrée de la cocaïne en Europe affichant par ailleurs des niveaux d'usage les plus élevés du continent, est sans doute un facteur d'explication (voir chapitres 2.2 et 3.3).

Une présence homogène dans les zones urbaines et rurales

Quels que soient les usages (expérimentation ou usages dans l'année), la consommation de cocaïne est présente dans toutes les zones urbaines (analyse

Figure 3 - Expérimentation de cocaïne parmi les 18-64 ans (en %)



Lecture : les chiffres indiquent la prévalence de l'expérimentation de cocaïne dans la région et la présence d'une couleur montre que l'écart avec le reste de la France est significatif (test Chi-2 au seuil de 0,05), la puissance du test dépendant directement de la taille de l'échantillon de la région.

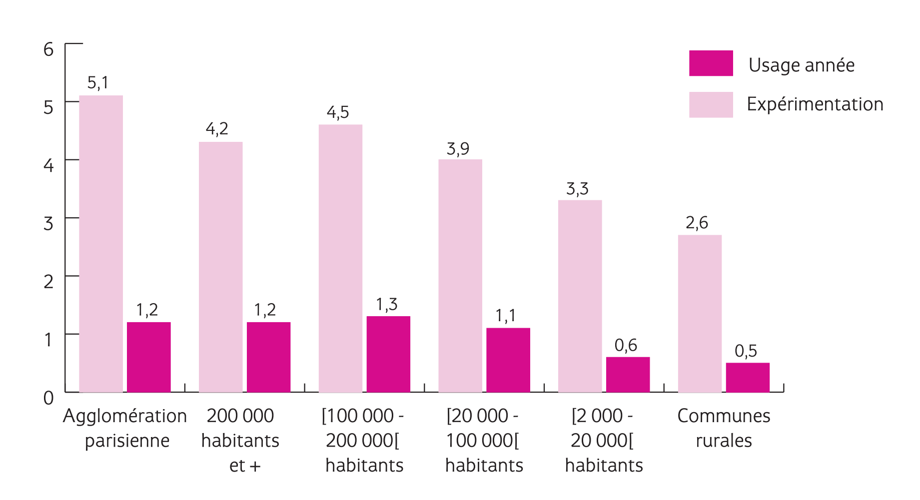
Moyenne nationale : 3,8 %

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

réalisée à partir de regroupements d'unités urbaines[59] ou d'agglomérations urbaines, selon la définition de l'INSEE[60]), mais également dans les communes rurales. En dehors de l'expérimentation plus élevée dans l'agglomération parisienne, deux groupes se distinguent. D'une part les agglomérations urbaines de plus de 20 000 habitants, affichant des proportions d'expérimentateurs élevées (autour de 4 %), principalement dans les unités urbaines entre 100 000 et 200 000 habitants. C'est le cas, par exemple, des agglomérations de Perpignan, Pau, Nîmes, Lorient, dont les prévalences en termes d'expérimentation sont proches de 5 %. Et d'autre part, le groupe composé des plus petites unités urbaines et des communes rurales qui affichent les prévalences les plus faibles.

L'usage de cocaïne au cours des douze derniers mois semble être plus homogène dans toutes les unités urbaines, sauf pour les plus petites, qui sont au même niveau que les communes rurales (figure 4).

Figure 4 - Répartition des usages selon les zones urbaines ou rurales (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Repères méthodologiques

Baromètre santé, ESCAPAD, ESPAD, HBSC

59. L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants (densité de l'habitat) où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

60. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.htm. La classification des unités urbaines est présente dans la section « base des unités urbaines 2010/documentation ».

3.2 Évolution de la consommation de cocaïne au cours des dix dernières années

Marie-Line Tovar, Agnès Cadet-Taïrou, Vincent Eroukmanoff

Depuis le début des années 1990, la hausse des usages de cocaïne est très nette, d'après les résultats des enquêtes en population générale, que ce soit chez les adultes ou les adolescents. En outre, cette diffusion de la cocaïne se manifeste aussi bien au niveau sociodémographique (âge, profession), en touchant des publics de plus en plus différenciés, que sur le plan géographique, en affectant les zones rurales et périurbaines. Sur cette même période, les données qualitatives issues du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT ont montré que la cocaïne est passée dans une phase de diffusion large, du fait notamment de la hausse de sa disponibilité, de la diminution de son prix, mais aussi de l'image de réussite qu'elle véhicule et de son mode d'usage, perçu comme peu risqué.

Les évolutions présentées dans ce chapitre s'appuient sur diverses enquêtes quantitatives, menées d'une part en population générale (Baromètres santé[61] 2000, 2005, 2010), et, d'autre part, en population adolescente (ESCAPAD[62] 2000, 2005, 2008, 2011), sur l'expérimentation (au moins un usage au cours de la vie) et l'usage au moins une fois au cours de l'année. Les évolutions sont étudiées sur les dix dernières années, lorsque les données le permettent. Des données qualitatives recueillies dans le cadre du dispositif TREND apportent des informations complémentaires sur les modes d'usage et les profils des usagers de cocaïne.

Développement de la consommation entre 2000 et 2010

Entre les années 2000 et 2010, la proportion d'usagers de cocaïne âgés de 18 à 64 ans n'a cessé d'augmenter de façon significative, dans la continuité de ce qui était observé depuis 1990 dans les enquêtes en population générale. La part des adultes

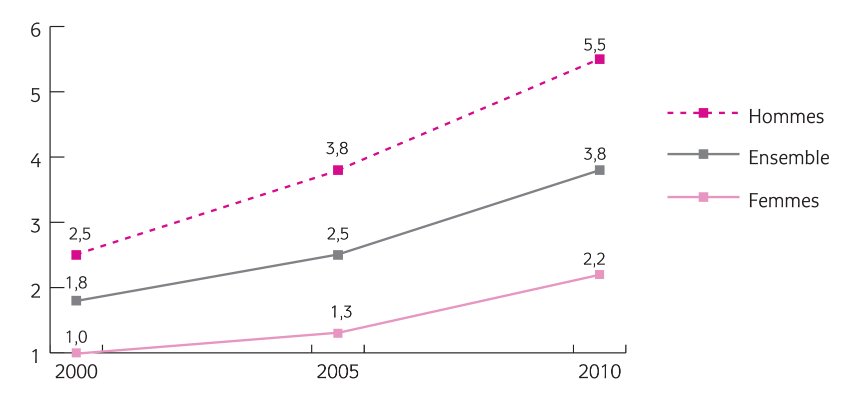
61. Baromètre santé : enquête réalisée par l'INPES auprès des individus âgés de 15 ans et plus.

62. ESCAPAD : enquête réalisée par l'OFDT auprès des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté (ex-JAPD).

ayant consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie a été multipliée par plus de deux, passant de 1,8 % à 3,8 % [8]. Le sex-ratio traduit une consommation masculine plus importante sur l'ensemble de la période mais le rythme de progression est analogue quel que soit le sexe (figure 1). Durant les dix dernières années, l'âge moyen des expérimentatrices a baissé de façon progressive (36,5 ans en 2000 *vs* 33,2 ans en 2010) comparativement à celui des hommes, qui reste inchangé (33,4 ans en 2000 *vs* 33,5 ans en 2010).

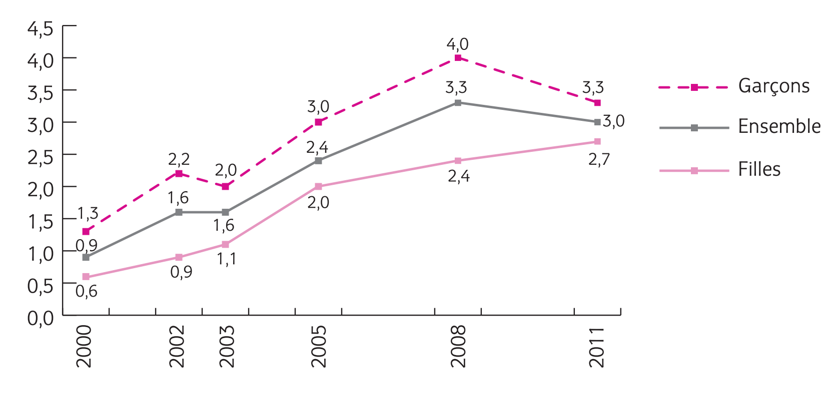
Chez les jeunes de 17 ans (figure 2), l'augmentation de l'expérimentation apparaît plus rapide que chez les adultes. À partir d'un niveau très bas en 2000 (0,9 %), elle n'a cessé d'augmenter, pour atteindre

Figure 1 - Évolution de l'expérimentation chez les 18-64 ans entre 2000 et 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Figure 2 - Évolution de l'expérimentation des jeunes de 17 ans entre 2000 et 2011 (en %)



Source : ESCAPAD (OFDT)

3,3 % en 2008 [117]. Cependant, en 2011, la cocaïne cesse sa progression et une légère baisse est notable (3,0 %) [179]. L'analyse selon le sexe montre que cette évolution est davantage le fait des garçons (de 4,0 % en 2008 à 3,3 % en 2011), tandis que la proportion des filles reste stable sur la période.

Durant la même période, l'usage au cours des douze derniers mois a triplé chez les 18-64 ans, (figure 3), passant de 0,3 % en 2000 à 0,9 % en 2010. Même si cet usage est également plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, ce sont ces dernières qui enregistrent la plus forte progression : la part des femmes ayant consommé de la cocaïne au cours de l'année a été multipliée par 4 sur la décennie (de 0,1 % à 0,4 %), contre 3 pour les hommes (de 0,5 % à 1,4 %).

Comparaison avec les évolutions des autres stimulants illicites

La cocaïne est devenue le premier stimulant consommé, devant les amphétamines et l'ecstasy. À un niveau inférieur entre 2000 et 2005, la proportion d'expérimentateurs de cocaïne est maintenant supérieure à celle des amphétamines et de l'ecstasy (3,8 % *vs* 3,4 %).

Des consommateurs de plus en plus précoces

Cette diffusion de la cocaïne est surtout le fait des jeunes générations. C'est en effet parmi les 18-34 ans, groupe d'âge le plus concerné par ces usages (93 % des usagers avaient déjà expérimenté la cocaïne avant l'âge de 35 ans), que cette augmentation est la plus remarquable, avec un doublement du nombre des expérimentateurs en dix ans (de 3,7 % en 2000 à 6,9 % en 2010 *vs* de 1,4 % en 2000 à 2,2 % en 2010 pour les 35-64 ans). Là encore, ce sont les jeunes hommes qui sont les plus nombreux, mais la proportion d'expérimentatrices a été multipliée par 4 sur la même période (de 1,0 % à 4,1 % *vs* de 3,7 % à 9,7 % pour les jeunes hommes) (figure 4).

La diffusion parmi les jeunes générations s'explique notamment par le fait que, le plus souvent, la rencontre avec la cocaïne est fortement liée à la convivia-

Figure 3 - Évolution de l'usage au cours des 12 derniers mois chez les 18-64 ans entre 2000 et 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

lité et aux sorties festives, même si l'initiation effective se déroule souvent dans un espace privé. Hors du milieu festif, sa consommation s'est également développée, depuis le milieu des années 2000, dans les quartiers populaires des grandes agglomérations où seul le cannabis pouvait être ouvertement consommé du fait de la diabolisation des drogues dites « dures » consécutives à la consommation d'héroïne des années 1980. Depuis quelques années, l'intégration du trafic local de cocaïne aux réseaux de deal de cannabis implantés dans les cités dites sensibles (voir chapitre 2.2) a, en effet, créé une proximité avec ce produit.

Plus généralement, l'image de la cocaïne, drogue sniffée symbolisant la réussite, a supplanté, pour une partie des jeunes, l'image de la déchéance attachée aux drogues dures et très fortement ancrée parmi les générations précédentes.

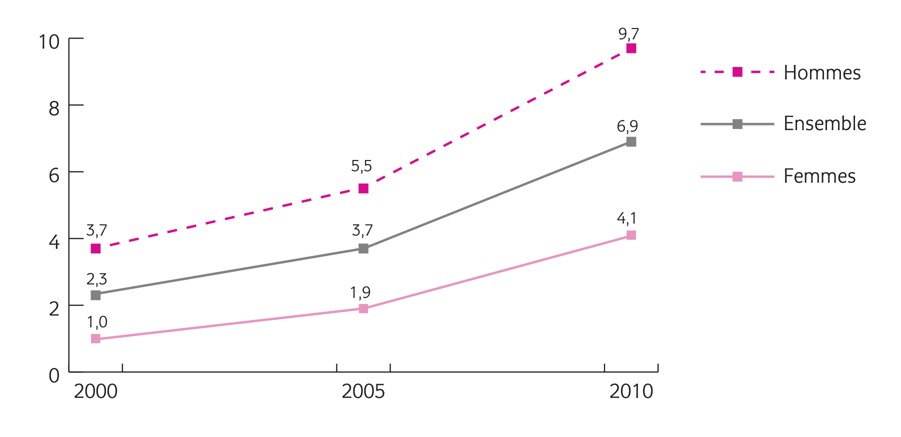
Analyse longitudinale et transversale des 20-29 ans

La répétition de l'enquête Baromètre santé à intervalles réguliers permet d'approcher les effets de génération dans la population des expérimentateurs du produit et ainsi de mesurer la proportion de nouveaux initiés à chaque tranche d'âge.

La notion d'expérimentation, qui correspond à au moins un usage au cours la vie, est une mesure de stock. Tout expérimentateur, qu'il renouvelle ou non sa consommation par la suite, est présent dans ce stock. Ce dernier est constitué à la fois de nouveaux expérimentateurs qui en augmentent le volume et des générations d'expérimentateurs qui disparaissent et le diminuent.

La part des personnes ayant déjà pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie est maximale parmi les jeunes

Figure 4 - Évolution de l'expérimentation chez les 18-34 ans selon le sexe entre 2000 et 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

générations. Le stock des expérimentateurs est donc quasiment constitué avant 30 ans mais il peut se former de façon différente selon les générations. On distingue ici les « expérimentateurs précoces », c'est-à-dire ceux qui ont réalisé leur première expérimentation de cocaïne avant 25 ans, et les « expérimentateurs tardifs », ceux qui l'ont fait à 25 ans ou plus.

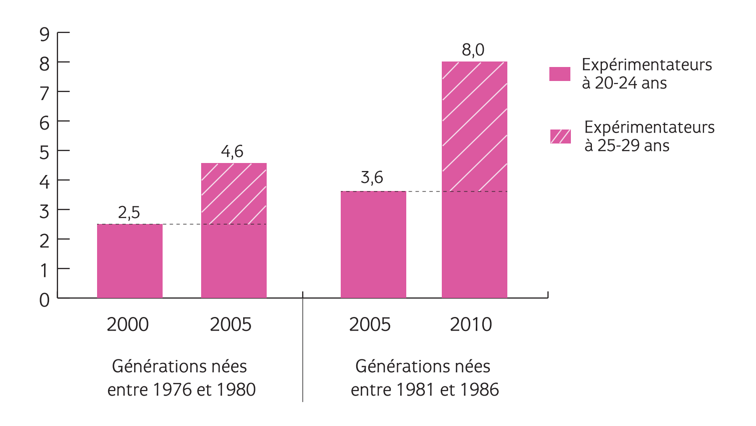
En 2000, 2,5 % des jeunes nés entre 1976 et 1980 (20-24 ans) avaient expérimenté la cocaïne. Cinq ans plus tard, parmi ces mêmes générations (25-29 ans en 2005), les expérimentateurs étaient 4,6 % (figure 5). En 2005, 2,1 % étaient donc des expérimentateurs tardifs, représentant 46 % des expérimentations de ces générations.

En comparaison, dans les générations suivantes (nées entre 1981 et 1985), les niveaux d'expérimentation sont plus élevés mais ils semblent être surtout le fait d'un nombre plus important d'expérimentateurs tardifs. Ainsi en 2005, parmi les jeunes de 20-24 ans, 3,6 % avaient expérimenté la cocaïne. Dans ce même groupe de personnes, âgées de 25 à 29 ans en 2010, les expérimentateurs sont alors 8,0 %. Cela correspond donc en 2010, à 4,4 % d'expérimentateurs tardifs soit 55 % des expérimentations de ces générations, une proportion plus élevée que celle observée en 2005 sur la génération âgée de 25 à 29 ans.

Diffusion chez les actifs occupés

Entre les années 2000 et 2010, le statut professionnel de la population concernée par l'usage de cocaïne se modifie. Parmi la population âgée de 18 à 64 ans, c'est chez les chômeurs que l'usage de la cocaïne reste le plus répandu, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage au cours des douze derniers mois. L'analyse des évolutions sur dix ans montre toutefois qu'après une période de

Figure 5 - Évolution de l'expérimentation par âge quinquennal entre 2000 et 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

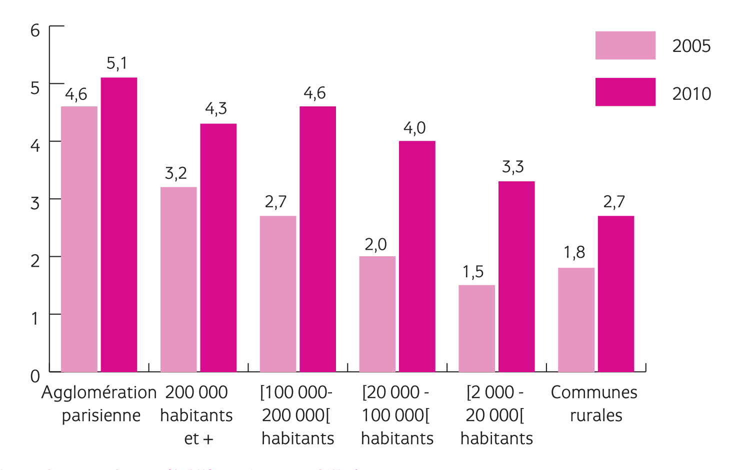
hausse légère entre 2000 et 2005, la proportion de chômeurs déclarant avoir consommé de la cocaïne s'est stabilisée ensuite, quels que soient les usages. À l'inverse, entre 2005 et 2010, la proportion d'actifs occupés qui déclarent avoir expérimenté le produit augmente de façon significative (de 2,5 % à 3,8 %), de même que celle des consommateurs de cette catégorie au cours des douze derniers mois (de 0,4 % à 0,8 %).

Sur un plan qualitatif, les enquêtes montrent également que la cocaïne s'est notamment diffusée en France par le biais du mouvement festif techno à partir du milieu des années 1990 [41]. Et cette consommation ne concerne plus seulement les personnes à haut pouvoir d'achat ou les usagers très désocialisés (qui sont peu nombreux dans les enquêtes en population générale), mais également les classes intermédiaires. C'est principalement à la faveur de la dilution du mouvement « techno » dans l'espace festif général (bars, clubs, discothèques) que sa consommation s'étend vers des groupes biens insérés sur le plan professionnel.

Diffusion dans les zones urbaines et les communes rurales

La diffusion de la cocaïne est mesurée également au plan géographique. D'après les observations du dispositif TREND, cette substance se diffuse des villes vers les communes périurbaines et les communes rurales. Dans les enquêtes en population générale, entre 2005 et 2010, l'accessibilité de la cocaïne (mesurée à travers son expérimentation) augmente dans les zones urbaines de moindre importance (analyse réalisée à partir de regroupement d'unités urbaines ou d'agglomérations urbaines, selon la définition de l'INSEE[63]) et dans les communes rurales (figure 6).

Figure 6 - Évolution de l'expérimentation dans les unités urbaines regroupées et dans les communes rurales entre 2005 et 2010 (en %)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

63. Voir note 60.

La proportion des expérimentateurs de cocaïne augmente de façon significative dans l'ensemble des unités urbaines en dehors de l'agglomération parisienne où la hausse est non significative. Ainsi, cette proportion a doublé dans les deux plus petites catégories d'unités urbaines (respectivement de 2 % à 4 % et de 1,5 % à 3,3%).

Plusieurs phénomènes sous-tendent cette diffusion des usages en dehors des villes. Là encore, le mouvement festif techno, à travers les free parties, raves ou teknivals organisés « à la campagne », a vraisemblablement drainé autant les jeunes ruraux que les jeunes urbains, familiarisant les uns et les autres avec les produits psychoactifs. Par ailleurs, des personnes déjà usagères de drogues participent au mouvement d'exode [88] vers les zones périurbaines et rurales observé depuis quelques années du fait du coût trop important des logements en ville. Enfin, le développement du microtrafic qui consiste, pour de petits groupes de proches, à s'associer pour s'approvisionner directement auprès des semi-grossistes dans les grandes agglomérations ou directement à l'étranger permet actuellement à la cocaïne d'arriver dans n'importe quel point du territoire français.

Repères méthodologiques

Baromètre santé, ESCAPAD

3.3 Consommation de cocaïne en Europe

Jean-Michel Costes[64]

La cocaïne est la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe, loin derrière le cannabis. Les différences entre les pays de l'Union européenne sont très importantes, que ce soit au niveau de l'usage de ce produit ou en matière d'évolution de cet usage. Le principal clivage géographique oppose l'ouest, où la consommation de cocaïne est plus fréquente, et l'est de l'Europe. La France se trouve en position moyenne, avec une tendance à la hausse la plaçant dans le groupe des pays de l'Ouest européen ayant une prévalence élevée.

Prévalence de l'usage de cocaïne en Europe

Le marché de la cocaïne est en pleine expansion en Europe depuis une vingtaine d'années, comme en témoigne l'augmentation au cours de la période du nombre de saisies par les services de police ou des douanes des différents pays européens [139]. L'accessibilité à ce produit y est devenue très aisée. Le prix du gramme, relativement homogène, tourne autour de 50 à 80 euros [139].

Niveaux de consommation très divers selon les pays

D'après les dernières données rassemblées dans les pays d'Europe, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) estime que 14,5 millions d'Européens ont déjà expérimenté (usage au moins une fois au cours de leur vie) la cocaïne. Parmi eux, 4 millions en ont consommé au moins une fois au cours de la dernière année (figure 1). Rapportée à la population totale âgée de 15-64 ans, la prévalence de l'usage au cours de la vie en Europe est de 4,3 % et l'usage au cours des 12 derniers mois de 1,2 %[65]. Parmi la population des

64. Observatoire des jeux d'argent et de hasard. Expert auprès de l'OEDT et de l'ONU.

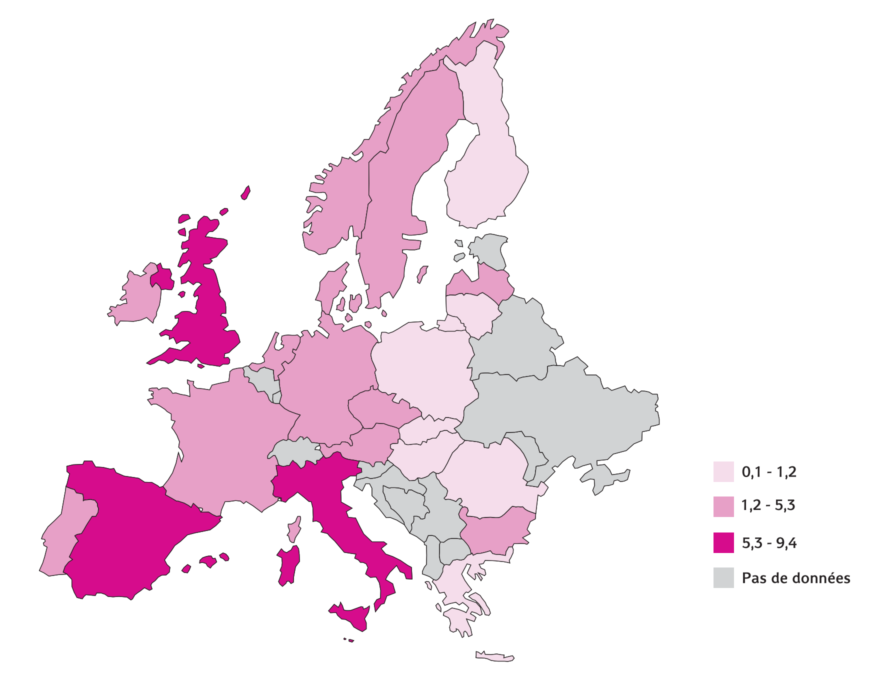
65. Ces estimations se basent sur les résultats des enquêtes en population générale. L'analyse des eaux usées, aussi appelée épidémiologie des eaux d'égout, se développe dans certains pays européens (http://www.emcdda.europa.eu/waste-water-analysis).

adolescents et jeunes adultes (15-34 ans), principalement concernée par cette consommation, la prévalence de l'usage au cours de la vie en Europe est de 5,9 % et l'usage au cours des 12 derniers mois de 2,1 % [139].

Ces niveaux moyens de consommation de cocaïne en Europe sont inférieurs à ceux rencontrés dans les autres pays du monde occidental. Ainsi, la prévalence de l'usage au cours des 12 derniers mois parmi les jeunes adultes est sensiblement plus élevée en Australie (3,4 % parmi les 14-39 ans), au Canada (3,3 % parmi les 15-34 ans) et aux États-Unis (4,1 % parmi les 16-34 ans) [139].

Les moyennes européennes recouvrent de grandes disparités de niveaux entre les différents pays. Ainsi, parmi les 15-34 ans, la prévalence de l'usage de cocaïne au cours de la vie est inférieure à 1 % dans certains pays (Roumanie, Lituanie, Malte), nouveaux membres de l'Union européenne, alors qu'elle est proche ou supérieure à 10 % dans d'autres États (Danemark, Espagne, Royaume-Uni), membres plus anciens de l'Union européenne. De même, la prévalence de l'usage de cocaïne au cours des 12 derniers mois parmi les 15-34 ans est quasi nulle ou très marginale (inférieure à 0,5 %) dans certains pays (Roumanie, Lituanie, Malte, Pologne, Hongrie), alors qu'elle est proche ou supérieure à 5 % dans d'autres (Espagne, Royaume-Uni). Finalement, un petit nombre seulement

Figure 1 - Prévalence de l'expérimentation de la cocaïne parmi la population âgée de 15 à 64 ans en Europe (en %)



Source : OEDT (dernières données disponibles dans chaque pays reprises dans le rapport OEDT de 2011 [139])

de pays, situés en Europe de l'Ouest, enregistre des prévalences élevées, du niveau de celles observées en Australie ou en Amérique du Nord.

Dans la plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Est, la consommation d'amphétamines est supérieure à celle de cocaïne. C'est souvent l'inverse qui se produit en Europe du Sud et de l'Ouest, où la consommation de cocaïne domine sur l'usage d'amphétamines [139].

Des évolutions également contrastées

L'évolution des niveaux de consommation en Europe est également variable d'un pays à l'autre. Globalement, ceux qui enregistrent aujourd'hui des niveaux élevés ont connu une forte croissance durant les quinze dernières années. Pour la première fois en 2011, l'OEDT s'interroge sur une baisse éventuelle de la popularité de la cocaïne dans les pays affichant les prévalences de consommation les plus élevées. L'actuelle récession économique, en ce qu'elle pourrait conduire à une réduction des dépenses liées à la drogue chez les usagers récréatifs, est avancée comme une raison possible du récent recul de la consommation au Royaume-Uni, en Espagne, en Italie ou encore au Danemark [139].

Des caractéristiques des consommateurs souvent partagées

À l'instar de ce qui est observé en France, la consommation de cocaïne est plus fréquente dans certains sous-groupes que dans la population générale. Ainsi en est-il de la population des jeunes fréquentant les scènes musicales et festives. Les pays qui ont réalisé des enquêtes spécifiques auprès de tels publics constatent que la prévalence de la consommation de cocaïne, ou du moins de son expérimentation, n'y a plus un caractère marginal. Ainsi, en Grande-Bretagne, en 2008-2009, les jeunes âgés de 16-24 ans qui ont fréquenté une boîte de nuit (night-club) au moins quatre fois au cours du mois passé sont 14,2 % à avoir consommé de la cocaïne au cours de la même période, alors que cette proportion est seulement de 4 % pour ceux qui n'y sont pas allés dans le mois précédent l'enquête [95].

Il convient de replacer l'usage de cocaïne dans un contexte de polyconsommation. En effet, la consommation de ce produit est associée à d'autres produits, licites (tabagisme et consommation excessive d'alcool) ou illicites. Ainsi, dans l'enquête scolaire européenne ESPAD de 2003, les jeunes Européens (âgés de 15/16 ans) qui avaient consommé de la cocaïne au cours du mois passé avaient également consommé du cannabis (pour 65 % d'entre eux), de l'ecstasy (54 %) ou encore des amphétamines (36 %) [62].

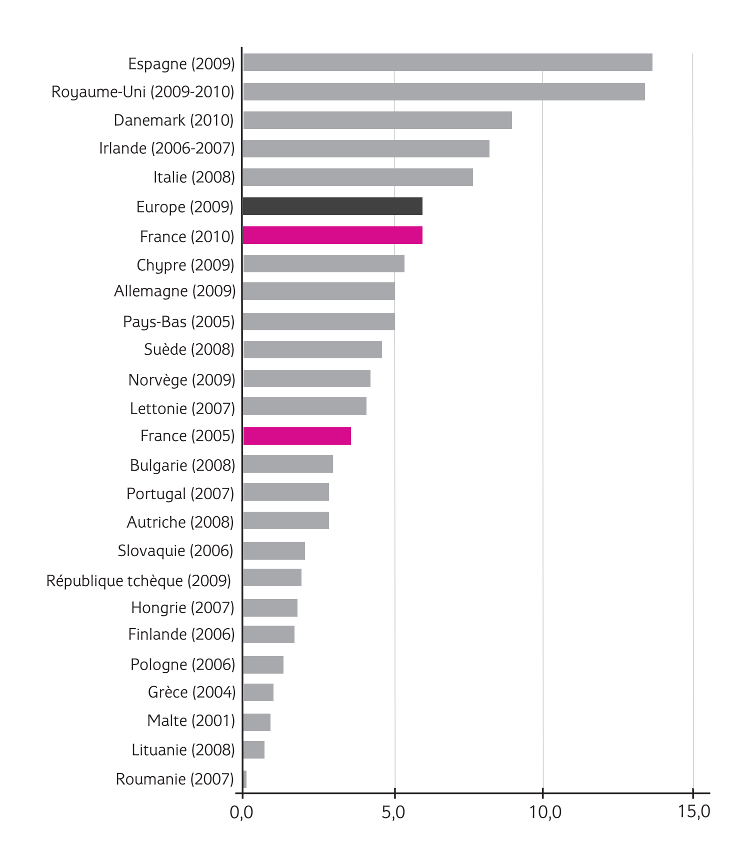
La situation de la France en Europe

Les résultats de la dernière enquête en population adulte (Baromètre santé 2010) ont sensiblement modifié la place de la France en Europe (voir chapitres 2.1 et 2.2). Longtemps située parmi les pays à faible consommation (comparée à celle d'autres pays européens), la consommation de cocaïne en France se situe désormais à un niveau moyen en Europe. Ainsi, concernant la prévalence de l'usage au cours de la vie comme de l'usage au cours de l'année des 15-34 ans (figures 2 et 3),

la France se classe à un niveau intermédiaire, avec des prévalences inférieures à celles du Royaume-Uni ou de l'Espagne et proches de celles enregistrées en Allemagne.

Cette nouvelle position française, proche de la moyenne européenne, est en fait assez récente. Elle est due à la conjonction de deux phénomènes : la progression de la consommation de cocaïne en France

Figure 2 - Prévalence de l'usage de cocaïne au cours de la vie pour la population âgée de 15 à 34 ans (en %)



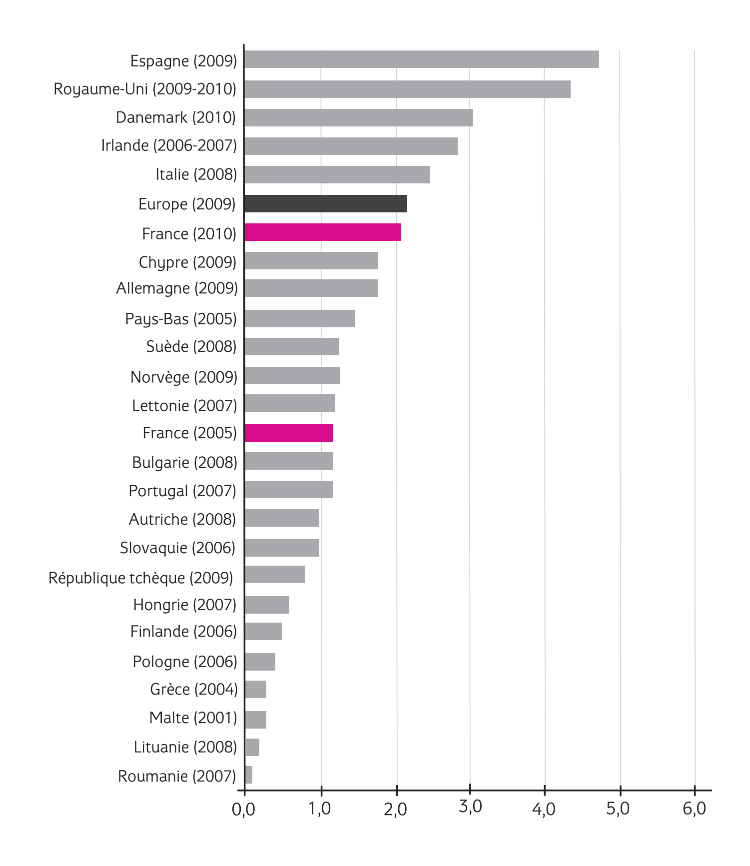
Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes.
Groupe d'âge standard 15-34 ans (début à 16 ou 18 ans pour quelques pays).

Sources : OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab1c) ; Données Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT) pour la France

ces dernières années et, en parallèle, la récente baisse ou la stabilisation enregistrées dans certains pays (figures 4 et 5).

Les prochaines enquêtes en France seront essentielles pour savoir si les niveaux de consommation de cocaïne français vont continuer à se rapprocher des pays européens de tête ou amorcer une décroissance.

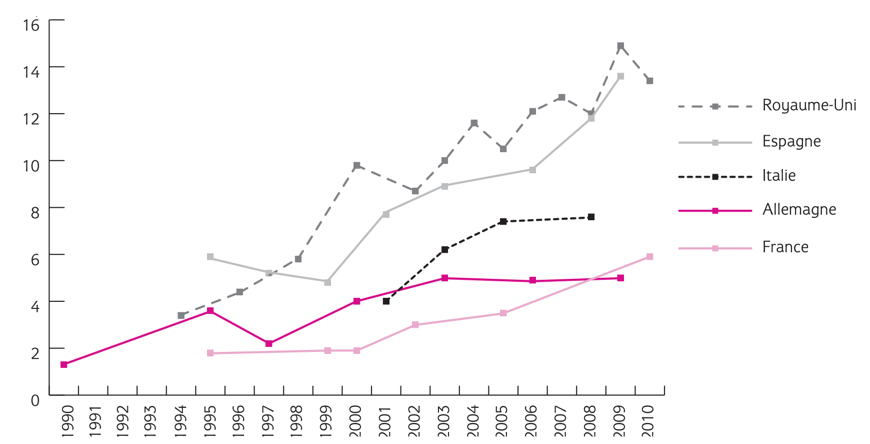
Figure 3 - Prévalence de l'usage de cocaïne au cours des 12 derniers mois pour la population âgée de 15 à 34 ans (en %)



Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes.
Groupe d'âge standard 15-34 ans (début à 16 ou 18 ans pour quelques pays).

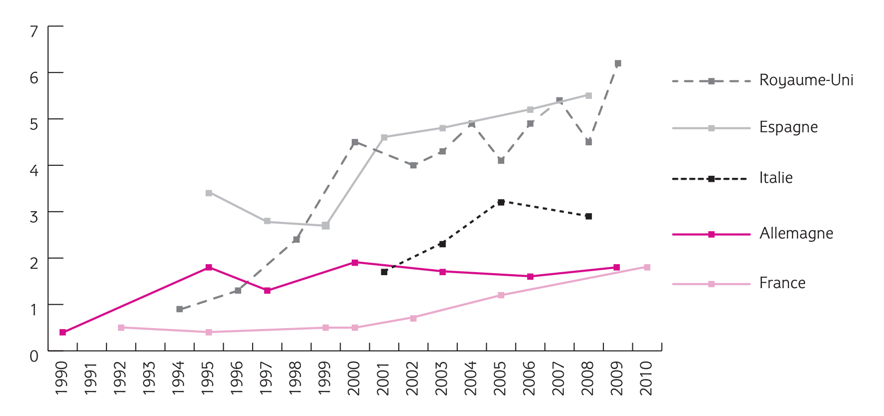
Sources : OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab2b); Données Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT) pour la France

Figure 4 - Évolution de la prévalence de l'usage de cocaïne au cours de la vie chez les jeunes adultes (15-34 ans) en France et dans quelques pays voisins européens entre 1990 et 2010, en %



Sources : OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab2b); Données Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT) pour la France

Figure 5 - Évolution de la prévalence de l'usage de cocaïne au cours des 12 derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans) en France et dans quelques pays voisins européens entre 1990 et 2010, en %



Sources : OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab2b); Données Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT) pour la France

Repères méthodologiques

ESPAD, Bulletin statistique de l'OEDT, Baromètre santé

4



Les consommateurs de cocaïne

Les consommateurs de cocaïne

Malgré la diffusion de l'usage de cocaïne dans l'ensemble de la population française, certains groupes sociaux sont particulièrement consommateurs. Leur trait commun est d'être majoritairement polyconsommateurs de substances, alcool et cannabis en tête. On peut toutefois distinguer deux groupes d'usagers. Tout d'abord, ceux dits « socialement insérés », dont la consommation régulière est souvent liée à la fréquentation de l'espace festif, un ensemble qui va des « semi-insérés » à la situation professionnelle instable, aux « hyper-insérés » issus de milieux très aisés. D'autre part, les usagers « désinsérés », précaires : les jeunes en errance, les nouveaux migrants, les toxicomanes polyusagers précarisés et les crackers. Effectivement, le crack concerne des populations plus précarisées, de par son faible coût dû à sa vente en très petites quantités. Ses usagers forment donc un ensemble particulier au sein de celui des consommateurs de cocaïne.

Si tous les types de structures spécialisées ont vocation à accueillir les usagers quel que soit leur profil, les structures de réduction des risques CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) accueillent dans l'ensemble un public fortement consommateur et précarisé, alors que celui des centres de soins CSAPA (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) est un peu plus diversifié en termes d'insertion sociale et s'inscrit dans une démarche thérapeutique. Parallèlement, les usagers qui sont inconnus aussi bien des dispositifs sanitaires que répressifs sont qualifiés d'usagers « cachés », parmi lesquels on compte beaucoup de personnes insérées mais aussi des précaires, comme les jeunes en errance.

Dans les CSAPA, un usager sur huit déclare avoir consommé de la cocaïne dans le mois, mais la plupart d'entre eux sont des polyconsommateurs dépendants aux opiacés. Les usagers pour lesquels la cocaïne est le produit signalé comme celui leur posant le plus de problèmes et qui ne sont pas sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) ne représentent que 2 % de ce public, soit 2 400 à 2 800 individus.

En ce qui concerne le crack, environ 0,7 % des usagers accueillis dans les CSAPA sont des consommateurs ayant un problème principal avec cette substance (sans être sous TSO), soit 700 à 900 individus. Ils diffèrent fortement des usagers d'opiacés et de cocaïne par une moyenne d'âge plus élevée et une situation sociale encore plus précaire. La prise en charge des usagers de crack se concentre essentiellement en Île-de-France, dans les Antilles et en Guyane.

Dans les CAARUD, fin 2010, plus de 40 % des usagers avaient consommé de la cocaïne ou du crack dans le mois. Leur situation socio-économique, peu favorable, ne diffère pas de celle des autres usagers d'âge équivalent. Un usager sur cinq considère que la cocaïne-poudre est le produit le plus problématique pour lui, une position intermédiaire entre les opiacés (jugés très néfastes) et les autres stimulants et hallucinogènes . Les usagers de crack sont particulièrement désocialisés et essentiel-

lement présents en Île-de-France et dans les Antilles-Guyane, alors que les usagers de free base sont issus du milieu festif et répartis sur tout le territoire.

Bien qu'ils partagent une très forte précarité sociale et une moyenne d'âge assez élevée, les populations d'usagers de crack parisiens et antillais diffèrent, notamment par la proportion de femmes, plus importante chez les premiers. Contrairement à la cocaïne, le crack, principalement fumé, constitue une consommation centrale, même si le polyusage reste très présent. Les pratiques de partage de matériel sont fréquentes, d'où une forte prévalence de séropositivité au VIH et au VHC. D'autant que l'état de santé général des crackers est assez mauvais en raison de leurs conditions de vie insalubres.

En outre-mer, le crack est le deuxième produit illicite le plus consommé par les usagers de drogues après le cannabis. Les consommateurs de crack vus dans les CAARUD d'Antilles-Guyane se distinguent de leurs homologues métropolitains par un moindre recours aux opiacés et à l'injection. Les autres produits consommés sont surtout le cannabis et l'alcool. Par ailleurs, la précarité est plus marquée chez les usagers de crack guyanais que chez les antillais (Martinique et Guadeloupe).

Il existe aussi des usagers « cachés » de cocaïne, sans aucune interaction avec les structures sanitaires et les services répressifs. Bien que dans l'imaginaire collectif, l'usage « caché » de cocaïne soit souvent associé à la performance professionnelle, dans les faits, cette consommation s'inscrit principalement dans un contexte festif. Ces usagers ont un profil de polyconsommateurs (alcool et cannabis en tête) et privilégient la voie intranasale à l'injection, trop stigmatisante.

Leur parcours de consommation apparaît homogène lors des étapes de découverte du produit et de persévérance dans l'usage. La cocaïne est dans un premier temps un produit de fête parmi les autres, associé aux moments de convivialité. Ce n'est qu'avec la répétition des prises, toujours dans un contexte festif, que s'installent la connaissance et la recherche des effets propres de la cocaïne. Ses vertus désinhibantes et stimulantes, l'impression de contrôle et l'absence déclarée d'effets secondaires désagréables sont les principales raisons qui motivent la persévérance de l'usage.

Ensuite, deux trajectoires se dessinent : certains usagers s'installent dans une consommation régulière mais contrôlée du produit, alors que d'autres basculent dans un usage plus problématique. Les premiers continuent à consommer principalement pendant les sorties festives, régulant ainsi les prises de produit, et développent une attirance particulière pour la cocaïne et la voie intranasale, tout en gardant une vie sociale « équilibrée ». Pour le second groupe, l'usage devient moins facilement maîtrisable, l'emprise du produit, son accessibilité soudaine ou une rupture dans leur parcours de vie les amenant à consommer plus et plus souvent. Néanmoins, après un épisode de « décrochage social » relativement court, souvent en lien avec l'usage de free base, la plupart d'entre eux peuvent renouer avec un usage modéré.

4.1
Les usagers de cocaïne

Agnès Cadet-Taïrou

En dépit d'une diffusion des consommations de cocaïne dans la population française, les usagers de ce produit ne forment pas un ensemble homogène et l'on peut identifier des groupes plus spécifiquement consommateurs. Les principaux critères de différenciation portent sur leur insertion dans la société, leur visibilité dans les enquêtes épidémiologiques ou encore leurs parcours de consommation de drogues. Ces critères ne sont pas indépendants les uns des autres et dessinent des groupes qui se superposent partiellement (voir le schéma dans le cahier des illustrations).

Rappelons que, dans la grande majorité des cas, l'usager de cocaïne est d'abord un polyusager, associant en premier lieu l'alcool à la cocaïne. Fréquemment, l'expérimentation de la cocaïne s'insère dans une « carrière » d'usage de substances illicites entamée avec le cannabis (pour la quasi-totalité des usagers), mais souvent également avec d'autres stimulants (ecstasy, amphétamines) ou des hallucinogènes, ou encore des opiacés (voir chapitres 3.1, 4.2, 4.3 et 4.4).

Des usagers plus ou moins insérés dans la société

L'insertion s'apprécie ici selon la situation par rapport au logement, au travail et au tissu relationnel (famille ou amis)[66]. On distingue des usagers désinsérés (précaires) et des usagers dits « socialement insérés », ces derniers présentant des niveaux d'intégration professionnelle divers.

Parmi les consommateurs insérés, l'usage régulier de cocaïne va fréquemment de pair avec la fréquentation des espaces festifs, même si les consommations n'ont pas nécessairement lieu dans l'environnement de la fête. Mais les occasions de sortie se raréfient parfois avec l'âge alors que l'usage de cocaïne peut persister [164] (voir chapitre 4.4). La consommation se réalise alors davantage

66. La protection sociale et le fait de disposer de papiers d'identité sont également des critères importants pour mesurer les degrés de précarité.

dans des espaces privés (domicile, soirées entre amis, etc.). On peut décrire, très schématiquement, quatre sous-groupes : des personnes dites semi-insérées, du fait d'une situation professionnelle fragile (intérim, contrats précaires, aides sociales, etc.). Pour la plupart, ils fréquentent la scène musicale alternative et leurs usages de substances psychotropes s'intègrent dans un mode de vie revendiqué comme contre-culturel. Les teuffeurs sont des jeunes de 20 à 30 ans, à l'insertion sociale ordinaire, qui vont, en fin de semaine, faire la fête en événement alternatif ou dans de grands établissements de danse. Les clubbers, plus âgés, moins nombreux, disposent de revenus plus élevés. Parmi les plus aisés, les hyper-insérés [184] sont des jeunes issus de familles très aisées ou des adultes à fort pouvoir d'achat, fréquentant principalement des bars musicaux et des établissements de nuit où l'entrée est soumise à cooptation [26, 163].

Du côté des usagers de cocaïne précaires, plusieurs profils peuvent être distingués : les crackers, les jeunes en errance dont certains peuvent aussi fréquenter ou avoir fréquenté le milieu festif, certains toxicomanes polyusagers très précaires, les nouveaux migrants, notamment en provenance de l'est de l'Europe (voir chapitre 4.3). Les usagers de crack forment finalement le seul groupe dont la consommation de produits psychoactifs est centrée sur la cocaïne (sous sa forme base). Pour les autres usagers à très faibles revenus, l'usage de la cocaïne, quelle que soit sa forme, reste en général un élément occasionnel du polyusage du fait de son prix.

Des usagers plus ou moins accessibles par les enquêtes épidémiologiques

Les dispositifs d'information des systèmes de soins spécialisés (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, médecins généralistes appartenant éventuellement à un réseau d'addictologie) et les centres de réduction des risques (CAARUD) permettent de connaître une partie des usagers de cocaïne (voir chapitre 4.2 et 4.3). Même s'il existe des recoupements entre les différentes populations bénéficiant des services d'accueil et de réduction des risques, des dispositifs de soins spécialisés ou de la médecine générale, le tableau dessiné par les usagers et leurs pratiques diffère généralement selon le lieu d'observation. Très schématiquement, les CAARUD accueillent des usagers encore fortement inscrits dans un parcours de consommations de drogues et beaucoup d'entre eux vivent en situation de vulnérabilité sociale extrême (voir chapitre 4.3). La part des usagers ayant entrepris une démarche thérapeutique est naturellement plus forte parmi les personnes qui fréquentent les centres spécialisés ou les médecins généralistes et celle des usagers socialement très vulnérables, plus faible [26] (voir chapitre 4.2).

Les usagers qui ne fréquentent pas ces structures sont qualifiés, en sciences sociales, « d'usagers cachés »[67] (voir chapitre 4.4). En pratique, une majorité des usagers cachés sont socialement insérés. Mais une partie de ces insérés utilise le système de soins spécialisé lors-

67. En théorie, la définition d'usagers cachés sous-entend qu'ils ne « fréquentent » pas non plus les forces de l'ordre du fait de leurs usages.

qu'ils finissent par juger leur consommation problématique, même s'ils le font tardivement et s'ils préfèrent l'anonymat de la médecine libérale. En outre, une grande partie des usagers insérés considérés comme cachés parce qu'ils ne fréquentent pas le dispositif de soins spécialisé peut être en fait rencontrée en milieu festif. Celui-ci fait l'objet d'observations qualitatives régulières et il est possible, bien que complexe, d'y mener des études épidémiologiques apportant une certaine visibilité sur les personnes qui le fréquentent (voir chapitre 4.4).

Il faut enfin mentionner que les usagers précaires comprennent également une part d'usagers cachés, notamment parmi les plus en difficulté, tels que les jeunes en errance.

Des sous-groupes liés à des parcours ou à des profils spécifiques de consommation

Parmi les héroïnomanes de longue date (années 1980) sous traitement de substitution à l'héroïne (buprénorphine haut dosage ou méthadone), certains n'ont pas stabilisé leur parcours addictif et ont développé des co-dépendances, en particulier à la cocaïne sniffée ou fumée après basage. D'autres en consomment occasionnellement. Ces usagers présentent des situations variées en termes d'insertion sociale. On en retrouve une partie importante dans les dispositifs de soins, la cocaïne n'étant pas le produit à l'origine de leur prise en charge (voir chapitre 4.2).

Enfin, le crack, forme vendue déjà basée de la cocaïne, est accessible par des populations très précaires du fait de sa vente possible en très petites quantités et donc à un coût unitaire réduit. Les usagers de crack (décrits dans le chapitre 4.3) forment un profil différent de celui des usagers de cocaïne, par leurs pratiques, leurs conditions de vie, leurs caractéristiques démographiques et leur état sanitaire, même si le crack est également acheté, à l'occasion, par des usagers plus insérés.

4.2
Les usagers pris en charge dans le dispositif de soins

Christophe Palle, Tanja Bastianic

Nombre de consommateurs vus dans les CSAPA

Sur l'ensemble des personnes vues pour un problème d'addiction dans les CSAPA[68] en 2009 (environ 90 000 personnes), 17 % déclarent avoir consommé de la cocaïne dans le mois passé. La plupart de ces consommateurs de cocaïne sont cependant également des usagers d'opiacés, substances dont ils sont le plus souvent dépendants et qu'ils utilisent plus fréquemment que la cocaïne. Ce groupe de « consommateurs de cocaïne » est en fait indiscernable du groupe majoritaire des usagers d'opiacés, fréquemment polyconsommateurs, accueillis dans les CSAPA. Les caractéristiques des usagers d'opiacés restent identiques, qu'ils soient ou non également utilisateurs de cocaïne.

Pour distinguer un profil spécifique d'usagers de cocaïne en difficulté, uniquement[69] ou principalement, avec cette substance, le critère d'inclusion a été ici limité aux personnes pour lesquelles la cocaïne est citée comme produit posant le plus de problèmes (le plus dommageable pour la personne prise en charge). En 2009, ces consommateurs représentent 4,3 % de l'ensemble des personnes avec un problème d'addiction accueillies dans les CSAPA. Il s'agit donc d'un groupe aux effectifs beaucoup plus réduits que celui des consommateurs de cocaïne.

Néanmoins, même parmi ces usagers de cocaïne, les opiacés restent largement présents, puisque 46 % des personnes de ce petit sous-ensemble suivent un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et peuvent donc être considérées comme dépendantes à ce type de substances.

68. Il s'agit des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) accueillant principalement des consommateurs de drogues illicites, anciennement nommés centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

69. Les personnes pour lesquelles la cocaïne est indiquée comme produit leur posant le plus de problèmes peuvent néanmoins également consommer des opiacés.

En définitive, une fois exclues les personnes suivant un TSO, seul un peu plus de 2 % du public accueilli dans les CSAPA est consommateur de cocaïne sans être, en même temps, usager d'opiacés. L'effectif correspondant peut être évalué à un nombre situé entre 2 400 et 2 800 personnes à la fin des années 2000.

La même approche est utilisée pour distinguer les usagers de crack des usagers d'opiacés polyconsommateurs. Les personnes ayant consommé au moins une fois du crack dans les trente derniers jours représentent en 2009 un peu plus de 2 % de l'ensemble des personnes accueillies dans les CSAPA. Parmi eux, un peu plus de la moitié mentionne ce produit comme celui leur posant le plus de problèmes, ce qui ne représente plus que 1,3 % de l'ensemble des personnes vues dans les CSAPA en 2009. Une fois exclus les usagers sous traitement de substitution, la proportion se réduit à environ 0,7 %, soit entre 700 et 900 personnes.

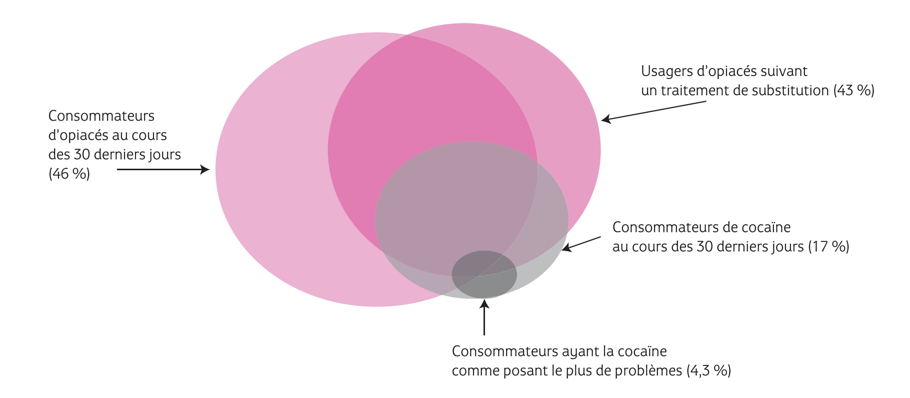
Les caractéristiques de ces usagers de cocaïne et de crack sont décrites ci-après (voir encadré).

Caractéristiques des usagers de cocaïne

Le groupe des usagers de cocaïne principalement en difficulté avec ce produit est composé à 81 % d'hommes (tableau 1). L'âge moyen y est de 32,1 ans, les moins de 20 ans et les 50 ans et plus étant peu représentés (environ 3 % pour chacune de ces deux classes d'âge). Du point de vue des données démographiques, ces personnes ne diffèrent pas des usagers d'opiacés.

Relativement à l'ensemble de la population française, ces personnes, comme la grande majorité des usagers de drogues accueillis dans les CSAPA, sont le plus souvent dans une situation sociale défavorable, marquée par une proportion très élevée de sans-emploi et une proportion faible de personnes occupant un logement indépendant de façon durable.

Figure 1 - Proportion de consommateurs d'opiacés et de cocaïne parmi l'ensemble des personnes vues pour addiction par les CSAPA en 2009



Source : RECAP 2009 (OFDT)

L'enquête RECAP

Depuis 2005, l'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) permet de suivre au niveau national les caractéristiques des personnes prises en charge pour des problèmes d'addiction dans les CSAPA. Le taux de couverture de l'enquête sur l'ensemble des personnes vues dans un CSAPA en 2009 est d'environ 70 %. En ce qui concerne la consommation, les informations recueillies portent sur les cinq produits consommés dans les trente derniers jours qui posent le plus de problèmes à la personne accueillie. Le produit à l'origine de la prise en charge est également indiqué. Les résultats présentés dans ce chapitre sont obtenus à partir des données RECAP 2009. Sur l'ensemble des personnes incluses en 2009, un total de 3 200 personnes avaient cité la cocaïne comme le produit leur posant le plus de problèmes, nombre réduit à 1 483 personnes si on exclut les personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés. Pour le crack, le chiffre équivalent (hors traitement de substitution) est de 456 personnes.

Les consommateurs d'une substance (cocaïne, opiacés) sont ici définis comme les personnes ayant consommé cette substance au moins une fois au cours des 30 derniers jours ; les usagers d'une substance sont les personnes pour lesquelles cette substance est citée comme produit posant le plus de problèmes ou, dans le cas des usagers d'opiacés, qui suivent un traitement de substitution aux opiacés.

Cependant, relativement aux usagers d'opiacés, les usagers de cocaïne paraissent provenir plus fréquemment d'un milieu social moins défavorisé. La proportion d'artisans, cadres, professions libérales et professions intermédiaires (pris globalement) est plus de deux fois plus élevée parmi eux que parmi les usagers d'opiacés (18 % *vs* 7 %) ; le niveau d'éducation est également plus élevé : 21 % des usagers de cocaïne ont un niveau supérieur au baccalauréat, contre 9 % dans le groupe des usagers d'opiacés. De plus, par rapport à ces derniers, ceux de cocaïne ont plus souvent une activité rémunérée continue (41 % *vs* 27 %) et des ressources provenant d'un emploi (52 % *vs* 38 %). La situation en matière de logement est, en revanche, presque identique dans les deux groupes : dans l'un comme dans l'autre, une moitié seulement habite dans un logement indépendant de façon durable. Les usagers de cocaïne sont, par ailleurs, un peu plus nombreux à vivre seuls (36 % *vs* 33 %).

Concernant les motifs de consultation dans le CSAPA, environ un quart des usagers de cocaïne comme des usagers d'opiacés sont adressés par des partenaires sanitaires, 11 % viennent sur le conseil de leur famille et 3 % sont envoyés par les services sociaux. Les usagers de cocaïne se différencient, en revanche, par une proportion beaucoup plus importante de personnes adressées par la justice ou l'administration (32 % *vs* 9 % chez les usagers d'opiacés) et, corrélativement, par un moindre pourcentage de patients venus de leur propre initiative (33 % *vs* 55 %). L'absence d'un traitement équivalent aux médicaments de substitution aux opiacés[70] pour la cocaïne explique sans

70. Les deux médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché avec une indication pour les cas de dépendance aux opiacés sont la méthadone et la buprénorphine haut dosage.

doute en grande partie un recours aux soins moins spontané chez ces usagers ainsi qu'une moindre fidélisation dans les centres, ce que montre la proportion beaucoup plus élevée des usagers de cocaïne n'ayant jamais été pris en charge auparavant (64 % *vs* 37 %).

Chez les usagers de cocaïne, en dehors de la cocaïne, du tabac, du cannabis et de l'alcool, les autres produits mentionnés posant problème sont les opiacés pour 15 % des patients (l'héroïne pour 12 %), l'ecstasy pour 10 %, les amphétamines pour 5 %. Les usagers de cocaïne se différencient de ceux d'opiacés par une proportion plus élevée de ceux qui mentionnent une consommation d'alcool[71] (39 % *vs* 17 %), d'ecstasy (10 % *vs* 4 %) et d'amphétamines (5 % *vs* 1,6 %), et, à l'inverse, par une fréquence moins élevée de consommation de buprénorphine haut dosage non prescrite ou prescrite mais objet de mésusage[72] (1,6 % *vs* 18 %).

Le pourcentage de personnes dépendantes[73] à la substance posant le plus de problèmes est beaucoup plus faible chez les usagers de cocaïne que chez les usagers d'opiacés (54 % *vs* 90 %). Les premiers semblent avoir débuté leur consommation depuis un peu moins longtemps que les usagers d'opiacés : un peu plus d'un tiers (36 %) des usagers de cocaïne ont commencé leur consommation il y a plus de dix ans, contre la moitié (48 %) des usagers d'opiacés.

La proportion de personnes ayant eu recours récemment à l'injection pour consommer une drogue (cocaïne ou autre) est de 8 % chez les usagers de cocaïne, pourcentage beaucoup plus faible que celui observé chez ceux d'opiacés (24 %). Les usagers de cocaïne consomment majoritairement cette substance en la sniffant (62 %).

Un quart des usagers de cocaïne a déjà été hospitalisé en psychiatrie, pourcentage qui n'est que légèrement moins élevé que chez les usagers d'opiacés (25 % *vs* 30 %). Les antécédents d'incarcération concernent 39 % des usagers de cocaïne, soit sensiblement la même proportion que chez les usagers d'opiacés.

Si certains aspects de l'image du consommateur de cocaïne socialement bien inséré[74] transparaissent dans ce rapide tableau des usagers de cocaïne pris en charge dans les CSAPA, d'autres aspects témoignent d'une situation sanitaire et sociale plus difficile, parfois très proche de celle des usagers d'opiacés.

Caractéristiques des usagers de crack

Les personnes pour lesquelles le crack est déclaré comme étant le produit posant le plus de problème constituent un groupe dont les caractéristiques moyennes se différencient fortement de celles des usagers de cocaïne décrites ci-dessus, ainsi que des individus ayant les opiacés comme produit posant le plus de problèmes (tableau 1). Ces consommateurs de crack sont en moyenne beaucoup plus âgés que les usagers de

71. Il s'agit des consommations d'alcool posant problème, incluant les usages à risques, l'abus et la dépendance.

72. Par mésusage, on entend une utilisation non conforme aux normes thérapeutiques ; dans le cas de la buprénorphine haut dosage, il s'agit principalement de l'utilisation par voie intraveineuse ou par voie nasale.

73. Le diagnostic de dépendance est établi par les soignants.

74. Ce critère s'apprécie au regard de la situation en matière d'emploi, de logement et de mode de vie de la personne interrogée, relativement aux autres usagers accueillis dans les CSAPA.

cocaïne (38,5 ans *vs* 32,1 ans) et sont plus souvent très désinsérés[75] et vivant dans des conditions très précaires. Presque un quart d'entre eux sont sans domicile fixe et plus d'un sur deux vit seul. Une partie importante d'entre eux est décrite comme sans profession (46 %), inactifs (49 %) et vivant de revenus de solidarité (38 %). La moitié des usagers de crack ont déjà été incarcérés (50 % *vs* 39 % pour les usagers de cocaïne). Il faut enfin mentionner la forte concentration des prises en charge d'usagers de cette substance dans les Antilles, la Guyane et dans la région Île-de-France, qui en représentent ensemble environ les trois quarts. Compte tenu d'un taux de participation relativement faible à l'enquête RECAP aux Antilles et en Guyane, il est toutefois possible que les effectifs des usagers de crack pris en charge dans les CSAPA correspondants soient légèrement sous-estimés.

Tableau 1 - Répartition des usagers vus dans les CSAPA suivant quelques caractéristiques (en %)

	Usagers de cocaïne (N=1 483)	**Usagers de crack** (N=456)	**Usagers d'opiacés** (N=26 541)
Âge moyen	32,1ans	38,5 ans	33,1ans
% hommes	80,5	80,3	78,0
% artisans commerçants, cadres, professions libérales, professions intermédiaires	17,6	12,7	6,7
% niveau d'éducation supérieur au bac	21,3	11,4	9,4
% vivant seul	35,6	53,7	33,1
% logement durable indépendant	54,3	26,4	49,1
% SDF	4,3	23,2	6,8
% activité rémunérée continue	40,9	19,7	26,7
% revenus de solidarité (RSA, AAH, autres)	19,4	37,7	29,7
% adressés par la justice et l'administration	32,2	18,9	8,6
% injecteurs	18,0	18,0	48,9
% ayant déjà été hospitalisé en psychiatrie	25,4	30,3	29,7
% ayant déjà fait une tentative de suicide	22,0	23,1	26,0
% ayant déjà été incarcérés	38,7	50,1	40,3

Source : RECAP 2009 (OFDT)

75. Voir note précédente.

Repères méthodologiques :

RECAP

4.3 Les usagers précaires de cocaïne et de crack

Agnès Cadet-Taïrou

La disponibilité de la cocaïne, notamment à travers un marché de rue où est accessible un produit de faible qualité, s'est accompagnée d'un accroissement de son usage parmi les polyusagers en situation de précarité sociale importante [41]. Sur un plan quantitatif, ces consommateurs sont décrits par les études menées auprès des personnes qui fréquentent les structures d'accueil et de réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ou auprès de celles qui sont suivies par les intervenants de ces structures, dans la rue ou dans les squats[76].

La cocaïne existe sous deux formes (voir chapitre 1) : chlorhydrate, en poudre, plus couramment nommée cocaïne, et « base » qui constitue une forme solide de celle-ci et permet de consommer la cocaïne « fumée » (inhalation de ses vapeurs[77]). Crack et free base sont deux appellations de la forme chimique base de la cocaïne. Le terme crack est le plus souvent utilisé lorsque la cocaïne est vendue déjà transformée en base ; le terme free base est employé pour désigner le produit issu de la transformation de la cocaïne en poudre sous sa forme base par les consommateurs eux-mêmes. Cette pratique s'est diffusée depuis une quinzaine d'années parmi certains consommateurs récréatifs de cocaïne en poudre comme un mode de « purification » de cette substance. Même parmi les usagers précaires, les consommateurs de free base s'apparentent davantage, en termes de profil, aux usagers de cocaïne (chlorhydrate) qu'aux usagers de crack. Celui-ci, vendu déjà basé et en très petites quantités, s'avère accessible pour des sommes inférieures à celles dépensées pour l'achat de la cocaïne en poudre (forme chlorhydrate), vendue au gramme. Le crack a ainsi pu développer ses propres marchés, spécifiques et localisés, et une clientèle d'usagers ultraprécarisés, aux situations et pratiques spécifiques par rapport aux polyusagers de cocaïne en poudre.

76. Ces structures concernent un public différent de celui présenté dans le chapitre 4.2, qui décrit les usagers des centres de soins spécialisés. Les usagers des CAARUD se situent, dans l'ensemble, davantage dans l'usage et moins dans le soin.

77. Ce mode d'usage procure des effets plus puissants et apparaît plus addictogène que le sniff de cocaïne.

Fumer la cocaïne

La cocaïne est essentiellement fumée par inhalation des vapeurs après chauffage. Après transformation à chaud en crack (ou free base) de la cocaïne en poudre (chlorhydrate de cocaïne) à l'aide d'un réactif basique (ammoniaque ou bicarbonate de sodium), on obtient une forme solide de la cocaïne (galette ou caillou). Elle est fumée à l'aide d'une pipe à crack, le plus souvent artisanale : il s'agit généralement d'une pipe à air fabriquée à l'aide d'un doseur à pastis, d'une canette ou d'une bouteille dont on perfore le côté avec un tube (stylo à bille). Le goulot est recouvert de papier d'aluminium percé, sur lequel on dépose de la cendre de cigarette et le crack ou free base. Celui-ci est ensuite chauffé directement à l'aide d'un briquet. La vapeur s'évacue dans la bouteille d'où l'usager l'aspire à l'aide du stylo à bille. Une pipe à eau, ou bangh, est parfois utilisée également. Dans ce cas, la vapeur traverse l'eau où elle est refroidie, avant d'être inspirée. Il est également possible de fumer de la cocaïne en plaçant de la poudre directement dans une cigarette ou un joint. Cependant, cette pratique, à l'origine d'un adoucissement important des effets, n'est pas utilisée, en métropole du moins, par des personnes qui cherchent au contraire à rentabiliser la quantité de produit disponible. Aux Antilles, la consommation du black joint (blaka jango en Guyane), joint de cannabis mélangé avec du crack, est plus fréquente.

En 2010, 41,0 % des personnes interrogées dans les CAARUD ont consommé de la cocaïne sous une forme ou sous une autre (cocaïne, crack ou free base au cours du mois précédant l'enquête) mais 32,7 % ont acquis de la cocaïne-poudre et 15,3 % du crack. Parmi les acheteurs de cocaïne-poudre, 30,9 % l'on consommée basée au moins une fois au cours du mois (soit 9,8 % de l'ensemble des usagers des CAARUD). De la cocaïne basée a ainsi été consommée (achat de crack ou basage après achat de poudre) par 22,8 % des usagers des CAARUD[78] [23].

Les usagers de cocaïne dans les CAARUD

Les usagers « récents » (au cours du dernier mois) de cocaïne sous forme chlorhydrate[79] qui fréquentent les CAARUD en 2008 sont des hommes pour les trois quarts. Ils ont en moyenne 32 ans, soit deux de moins que l'ensemble des usagers. Près de 40 % d'entre eux ont entre 25 et 34 ans (38,6 %), plus d'1 sur 5 (22,1 %) a moins de 25 ans et seul 1 usager sur 3 (33,3 %) a plus de 34 ans (contre 53,0 % des usagers non consom-

78. Certains usagers acquièrent et consomment la cocaïne de plusieurs manières différentes.

79. Pour les raisons évoquées plus haut, les consommateurs de free base, qui sont avant tout des consommateurs de cocaïne, sont intégrés aux consommateurs de cocaïne chlorhydrate.

mateurs de cocaïne). Selon les données de 2010, ils ont expérimenté la cocaïne en moyenne à 20 ans et demi. Dans l'ensemble, leurs caractéristiques sociales ne les différencient pas des autres usagers d'âge équivalent : plus de la moitié d'entre eux (54,0 %) disposent d'un logement durable[80], mais un tiers d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en logement alternatif (squat essentiellement). La moitié vivent de revenus sociaux (50,3 %) et un quart environ disposent de revenus du travail (14,5 %) ou des Assedic (8,5 %). Les autres (26,6 %) n'ont pas de revenus officiels et vivent de mendicité, de deal, de prostitution, etc. La grande majorité d'entre eux sont affiliés à l'assurance maladie, mais 6,4 % ne bénéficient d'aucune couverture santé [23].

Les usagers de cocaïne dans le mois sont très largement polyusagers : ils ont consommé en moyenne 5,5 substances psychoactives différentes (alcool et cannabis compris) au cours du mois précédent (contre 2,7 pour les autres usagers). La cocaïne apparaît fréquemment associée à tous les profils de consommation [23].

La cocaïne est ainsi fortement associée aux usages centrés sur les opiacés : par exemple, 62 % des usagers récents d'héroïne ont aussi pris de la cocaïne, de même que 41,3 % des usagers de buprénorphine haut dosage (BHD)[81], et, réciproquement, 82 % des usagers de cocaïne ont pris au moins un opiacé. La cocaïne va encore davantage de pair avec des polyconsommations intensives marquées par les substances principalement consommées dans le cadre festif[82] caractéristiques des jeunes consommateurs en errance : ainsi, 72,1 % des usagers récents de MDMA ont pris de la cocaïne dans le mois, comme 75,8 % des usagers de kétamine ou 66,7 % de ceux d'amphétamines. En revanche, la cocaïne constitue rarement le centre des consommations : moins de 1 usager récent sur 10 en prend tous les jours et cette fréquence concerne plutôt ceux qui l'ont basée avant consommation ou en ont pris en injection ; 6 usagers sur 10 (58,5 %) en prennent moins d'une fois par semaine [23].

Par rapport à ceux qui n'en consomment pas, les usagers de cocaïne vus dans le dispositif des CAARUD sont, en outre, nettement plus nombreux à avoir recours à l'injection par voie intraveineuse, quel que soit le produit injecté : 64,0 % sont des injecteurs récents, contre 35,5 % des autres usagers. L'injection de la cocaïne elle-même, très rare parmi les consommateurs de cocaïne en population générale, a été pratiquée au moins une fois, au cours du mois précédent, par plus de la moitié des usagers des CAARUD[83] qui en ont consommé récemment (53,3 %). Parmi les autres modes de consommation utilisés au moins une fois dans le mois écoulé, 50,6 % ont utilisé classiquement le sniff et 30,9 % l'ont fumée (après transformation en free base) [23].

80. Logement durable signifie que la personne peut espérer y passer les six prochains mois.

81. En traitement ou non.

82. Festif désigne ici la gamme de produits consommés en milieu festif (stimulants et hallucinogènes) et n'est en aucun cas synonyme d'usage récréatif. Ces produits s'ajoutent aux opiacés et médicaments de type hypnotique et anxiolytique également consommés.

83. Les usagers peuvent utiliser plusieurs voies d'absorption dans le mois.

Tableau 1 - Part des usagers de drogues fréquentant les CAARUD déclarant avoir consommé de la cocaïne basée, sous forme de crack (achetée déjà basée) ou de free base (basage après achat) en 2008 (en %)

	Guyane et Martinique (N=124)	Île-de-France (N=700)	Autres régions métropolitaines (N=2314)
Cocaïne basée	87,0	45,9	11,0
dont crack	83,9	43,4	4,9
dont free base	21,2	5,7	7,8

Note : tous les pourcentages sont rapportés à l'ensemble des usagers des CAARUD.

Source : ENaCAARUD 2008 (OFDT)

Un usager de cocaïne sur cinq (21,2 %) considère ce produit comme le plus problématique pour lui-même. La cocaïne-poudre occupe ainsi une place moyenne entre les opiacés, que les usagers perçoivent comme des consommations fortement néfastes (53,6 % des usagers de BHD la citent comme le produit le plus problématique pour eux, de même que 43,0 % des usagers d'héroïne), et les autres stimulants ou les hallucinogènes (par exemple, l'amphétamine est citée par 5,7 % de ses usagers et la MDMA par 2,8 %) [23].

Les usagers de crack : des usagers à part

Des usagers concentrés autour de marchés localisés

Peu d'études différencient usage de crack et de free base. Pourtant, même si de plus en plus d'usagers de cocaïne connaissent l'identité commune des deux substances et si la situation apparaît maintenant plus nuancée, la différenciation persiste entre usagers de crack urbains et désocialisés et usagers de free base, plutôt issus de l'espace festif et avant tout « usagers de cocaïne ». Cependant, l'étude menée parmi les usagers des structures de réduction des risques (CAARUD), apporte des éléments de distinction et montre la très nette prédominance des usagers de crack en Antilles-Guyane et en Île-de-France (tableau 1).

La très grande majorité des usagers de crack forme, en effet, une population extrêmement précaire regroupée géographiquement autour du marché de crack. Toutefois, une frange d'usagers socialement insérés vient s'approvisionner occasionnellement sur ce marché. En métropole, il s'agit d'usagers de cocaïne qui consomment habituellement ou occasionnellement du free base mais connaissent la différence entre free base et crack[84]. En Antilles-Guyane, il s'agit de

84. L'analyse des données des personnes affirmant consommer du crack en province révèle des profils superposables aux free basers et non aux crackers. Il s'agit soit de consommations occasionnelles liées à des déplacements, soit de l'emploi du mot crack pour parler de free base. La terminologie employée par l'OFDT tente en effet de rendre compte de la réalité mais ne possède aucun caractère officiel.

personnes plutôt aisées qui consomment du crack occasionnellement sous forme de black joints (voir encadré précédent) tout en travaillant et en ayant une vie de famille [11].

Les crackers du Nord-Est parisien

Les crackers d'Île-de-France et d'Antilles-Guyane vus dans les CAARUD diffèrent sur certaines caractéristiques

L'implantation localisée du crack

La forme fumable de la cocaïne est apparue en France entre 1983 et 1985 dans trois départements d'outre-mer : Guyane, Guadeloupe et Martinique [11, 41, 72, 148], où elle rencontre un terrain particulièrement favorable. D'abord, la lutte contre le trafic menée par les États-Unis restreint la disponibilité de l'herbe de cannabis dans ces zones, seule drogue illicite consommée localement depuis son implantation au cours de la décennie précédente ; ensuite, le cannabis a familiarisé les Antillais avec l'usage de la voie fumée, largement prédominante pour la consommation du crack, et a favorisé son expérimentation par le biais des *black joints* ; et enfin, la situation de ces territoires français, à proximité des pays producteurs de cocaïne, et leur rôle de relais dans les transits vers l'Europe et l'Amérique du Nord, associés à un niveau de vie relativement plus élevé que dans le reste de la zone, rendent très accessible ce produit peu coûteux (1,5 à 3 euros le caillou[85]); l'identification à la population afro-américaine des États-Unis, qui a connu une diffusion du crack légèrement plus précoce (début des années 1980), a également pu jouer un rôle. Dans ce contexte et du fait d'un fort potentiel addictif, la consommation du crack a connu un développement rapide au début des années 1990, particulièrement au sein d'une population précarisée.

C'est également au début des années 1990 qu'une scène ouverte de consommation de crack fait son apparition dans les arrondissements du Nord-Est parisien. Ce sont d'abord les Antillo-Guyanais eux-mêmes qui importent à la fois l'usage du crack et son marché avant que ceux-ci ne soient partagés par d'autres groupes : métropolitains et Maghrébins pour l'usage, Africains sub-sahariens et plus récemment jeunes des cités pour le petit trafic. Comme en Antilles-Guyane, les consommateurs attachés à ce marché comptent parmi les plus désocialisés des usagers de drogues. Le marché du crack reste jusqu'à aujourd'hui relativement confiné à ces quartiers parisiens et à la Seine-Saint-Denis, zone de migration des squats d'usagers au gré de leurs expulsions par les forces de l'ordre. En 2009 apparaissent cependant plusieurs points de vente dans le département des Hauts-de-Seine. En dépit d'une progression de la pratique du free basage parmi les usagers de cocaïne, notamment ceux qui fréquentent le milieu techno, aucun marché du crack ne semble s'implanter vraiment dans les métropoles de province. L'émergence de discrets marchés, notée en 2009 à Rennes et à Metz, ne s'est pas confirmée. En 2011, parmi les sites du dispositif TREND, seul le site toulousain confirme la persistance depuis 2009 d'une vente de crack à un noyau d'usagers afro-antillais qui se différencient des consommateurs locaux de free base par leur visibilité plus marquée et leur vulnérabilité sociale [84].

85. Un caillou permettrait 3 prises.

communes du fait de contextes locaux assez dissemblables.

Les usagers de crack parisiens sont en moyenne assez âgés (38,0 ans, contre 34,1 ans pour l'ensemble des usagers français des CAARUD), mais ils ne se différencient pas en cela de l'ensemble des usagers franciliens (38,3 ans en moyenne). Plus du tiers d'entre eux (38,6 %) ont plus de 40 ans et très peu ont moins de 25 ans (6,3 %). La part des femmes (29 %) y est plus élevée que dans les autres populations d'usagers de drogues, à âge équivalent[86]. Chez les Franciliens non usagers de crack qui fréquentent les CAARUD, cette part ne dépasse pas 11,0 %. Elle est de 21,7 % chez l'ensemble des usagers des CAARUD [24].

Beaucoup de ces usagers, très désinsérés sur le plan social, vivent au jour le jour dans des conditions de précarité extrêmes [89] : seulement 34,7 % d'entre eux ont un mode de logement durable (dans lequel ils peuvent espérer passer les 6 prochains mois), contre 48,7 % des autres usagers d'Île-de-France[87] ; plus du tiers (34,3 %) sont sans domicile fixe ou vivent en squat (contre 25,1 % des non-usagers de crack franciliens) ; près de la moitié vivent d'aides ou de prestations sociales (48,3 %) ; plus du tiers n'ont aucun revenu ou ont des ressources provenant d'activités illicites ou non officielles (37,7 %)[88] : petit trafic de médicaments, mendicité, mais aussi prostitution, fréquente pour les femmes. Les trois quarts sont affiliés à la sécurité sociale via la CMU, la couverture maladie universelle (74,9 %) et 16,8 % n'ont aucune couverture sociale[89]. Un quart d'entre eux (24,8 %) n'ont pas ou plus de papiers d'identité (contre 11 % de l'ensemble des usagers). Ils sont 43,8 % à être considérés comme fortement précaires[90] (contre 32,7 % de l'ensemble des usagers des CAARUD) et seulement un sur dix comme faiblement précaire. En outre, 28,7 % disent avoir été incarcérés au moins une fois au cours de l'année passée, taux caractéristique des populations précaires d'usagers de drogues (17,4 % parmi les usagers des CAARUD) [23].

Contrairement à la cocaïne, le crack apparaît comme une consommation centrale : 24,5 % de ses usagers le consomment quotidiennement et 45,6 % plus d'une fois par semaine. Les usagers de crack parisiens apparaissent particulièrement polyusagers : lors de l'enquête de 2008, ils avaient consommé dans le mois 4,2 substances psychoactives différentes (alcool et cannabis inclus, tabac exclu), contre 2,4 produits pour les usagers franciliens non consommateurs de crack et 3,6 pour l'ensemble des usagers des CAARUD. En dehors du

86. Les groupes où la part des femmes est la plus haute sont habituellement ceux des jeunes usagers de drogues, la part des femmes diminuant avec l'âge. Parmi les usagers des CAARUD ayant l'âge moyen des crackers, on devrait s'attendre à moins de 15 % de femmes.

87. Et 50,8 % de l'ensemble des usagers des CAARUD.

88. 31,8 % pour les non-usagers de crack franciliens et 25,4 % pour l'ensemble des usagers des CAARUD.

89. 14,6 % pour les non-usagers de crack parisiens (parmi lesquels beaucoup de migrants en situation irrégulière) et 7,9 % parmi l'ensemble des usagers des CAARUD.

90. Classement en 3 groupes de précarité (faible, moyenne et forte) tenant compte des conditions de logement, de la protection sociale et de l'origine des ressources. Les classes sont adaptées à cette population et non à la population générale ; les « faiblement précaires » y seraient pour nombre d'entre eux considérés comme très vulnérables.

cannabis et de l'alcool consommés au cours du mois précédent respectivement par 65,8 % et 60,2 % des usagers récents de crack, la substance la plus utilisée par les crackers est la BHD (47,4 %), opiacé le moins cher pour gérer les descentes[91] de crack, puis les benzodiazépines et la cocaïne en poudre consommés chacun par près du tiers des crackers. Les autres opiacés (méthadone, morphine, héroïne) sont consommés occasionnellement lorsqu'ils sont accessibles [89].

Le crack est majoritairement consommé par inhalation à chaud (fumé) : 98,6 % disent avoir utilisé cette méthode. Toutefois, 8,2 % disent l'avoir injecté et

Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine

Éric Janssen

Même si la consommation de crack est rare en population générale, le décompte de ces usagers demeure un objectif de santé publique d'autant plus sensible que la population consommatrice se caractérise par sa grande précarité et sa mise à l'écart des circuits traditionnels de prise en charge sanitaire. Aucune donnée fiable n'étant disponible, leur nombre ne peut être estimé que de manière indirecte.

Deux sources peuvent être exploitées à cette fin : le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), dispositif d'information continu permettant d'étudier les caractéristiques des patients accueillis dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), notamment ceux venus pour un problème lié à l'utilisation de cocaïne ou de crack [150]. Le décompte annuel des usagers actifs de drogues, engagés ou non dans une démarche de soin, reçus dans des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), est également informatif [30]. Le nombre total d'usagers de crack effectivement vus au travers de ces deux types de structures varie de 8 471 à 11 352 individus en 2008, selon le degré de recoupement considéré des deux sources.

Cependant, les différences d'effectifs constatées entre ces sources laissent supposer l'existence d'une population échappant au décompte. La méthode dite de « capture-recapture » peut être utilisée pour cette estimation [15]. Il s'agit d'une modélisation mathématique partant du constat de la présence ou de l'absence des usagers de drogues dans chacune des sources, analysant les recoupements entre sources et extrapolant la population cachée, celle qui n'est vue par aucune des sources. Cette méthode aboutit à une estimation comprise entre un minimum de 11 350 individus et un maximum de plus de 20 000 individus. Une estimation intermédiaire avance un total de 15 400 individus. Rapportés à la population française âgée de 15 à 64 ans, l'ensemble de ces usagers représentent une prévalence de moins de 0,1 %, sensiblement inférieure à celles rapportées dans des études menées au Royaume-Uni [97], en Espagne [21] ou au Canada [74].

Les données anonymisées provenant de ces deux sources ne permettent pas d'avancer de résultats détaillés selon l'âge ou le sexe. Faute de collectes d'information fiables, ces estimations sont indisponibles pour les Antilles-Guyane, où l'usage de crack est pourtant répandu.

91. Symptômes parfois très désagréables qui accompagnent la chute des effets d'une substance, souvent un stimulant.

autant l'avoir sniffé. Ils utilisent pour fumer soit des pipes très artisanales (doseurs à alcool récupérés dans les cafés, canettes de coca, filtres faits à partir de fils électriques, à l'origine de brûlures et de plaies buccales) réutilisées plusieurs fois, soit, de plus en plus, les pipes à crack mises à leur disposition [89]. Les observateurs évoquent un net rejet de l'injection de la part des usagers de crack. Pourtant 30,3 % ont utilisé l'injection au cours du mois précédent (quel que soit le produit injecté) et des professionnels de santé signalent des pratiques d'injection des résidus de crack restant au fond des pipes après acidification par du jus de citron [89]. Les pipes sont fréquemment partagées (58,5 % des usagers l'ont fait au cours du mois en 2008), de même que des objets tranchants (47,6 %), pratiques qui sont sources de contamination par le virus de l'hépatite C. Selon l'étude multicentrique Coquelicot de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), 73,0 % de ces usagers étaient, en 2004, séropositifs pour l'hépatite C et 12 % pour le VIH [100].

Ces usagers multiplient en effet les prises de risques et peuvent connaître de longues périodes (trois jours par exemple) sans manger ni dormir. L'absence de logement stable et la vie dans des squats parfois très insalubres les privent de l'hygiène élémentaire. Ils présentent fréquemment un délabrement physique général : pieds enflés avec des plaies ouvertes et des crevasses, doigts brûlés, lèvres coupées et toujours gercées, maigreur prononcée. Les lésions traumatiques sont dues aux violences subies dans la rue mais également liées aux modes de consommation et à la fabrication des pipes artisanales [89]. Cependant, l'intérêt récent de la réduction des risques pour les crackers et la distribution de matériel et d'information adaptés semblent être en mesure de faire évoluer ce tableau.

Les crackers d'Antilles-Guyane

Dans trois départements français d'outre-mer, Martinique, Guadeloupe et Guyane, le crack est le produit illicite le plus répandu parmi les usagers de drogues après le cannabis. Une étude réalisée en 2004-2005 observait par exemple que 98 % des usagers problématiques de drogues en Martinique étaient usagers de crack[92] [148]. La moyenne d'âge des usagers est assez élevée : 37 ans en Guadeloupe, autour de 38 ans en Guyane et 41 ans en Martinique[93]. Contrairement aux crackers parisiens, la proportion de femmes est faible : 11 % en Martinique, 14 % en Guadeloupe et 20 % parmi les usagers des CAARUD rencontrés en Guyane [23, 72, 148].

Les niveaux de précarité apparaissent variables selon les territoires. Ainsi, en Martinique, l'usage est majoritairement le fait de personnes en grande difficulté sociale [41], mais la situation semble en moyenne moins extrême qu'en Guyane.

92. Étude réalisée par la méthode capture-recapture, voir encadré précédent.

93. Ces données sont issues de trois sources différentes et ne peuvent être comparées : une étude menée par l'ORS de Martinique en 2008 (N = 200), une autre demandée à l'institut Ipsos par l'ORS de Guadeloupe (2007 également, N = 199) et les 115 questionnaires remplis en Guyane dans le cadre de l'enquête EnaCAARUD en 2008. Pour ces dernières données, compte tenu de la faiblesse relative de la fréquentation des structures de réduction de risque au regard du nombre des usagers de crack, il n'est pas possible d'extrapoler les résultats à l'ensemble des usagers de crack guyanais.

Une grande part des usagers y dispose de revenus du travail (61 % en intégrant les « jobs ») ou des allocations chômage (6 %), mais seuls 9 % ont une activité rémunérée continue. La majorité (59 %) vit en fait d'activités intermittentes ou de petits boulots, les autres ne travaillent pas. Parallèlement, 61 % vivent également de prestations sociales (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé…). Ils sont 17 % à déclarer tirer leurs revenus d'activités illégales ou « non officielles » (prostitution, « ti-bizness »…). Près de la moitié d'entre eux disposent d'un logement durable. Pour 28 %, ce logement est provisoire, et 25 % sont sans domicile fixe ou vivent en squat. Seuls 7 % n'ont aucune protection sociale. Il semble également que l'isolement social des usagers antillais soit moindre que celui des crackers guyanais, d'autant que la grande majorité est originaire de ces îles : par exemple, deux usagers de cracks martiniquais sur trois voient leur famille régulièrement [148]. Au contraire, en Guyane, il semble que la population errante ou marginalisée constitue l'essentiel des usagers de crack. Les dealers recruteraient aisément au sein des groupes les plus fragilisés de la population : malades ayant des troubles psychiatriques et livrés à eux-mêmes, chômeurs, sans-papiers. En effet, une grande partie de ces usagers précaires arrivent des pays limitrophes [11]. Plus de la moitié de ceux vus en CAARUD en 2008 sont SDF ou vivent en squat, près de la moitié (48 %) n'ont aucune ressource. Presque autant n'ont pas de protection sociale. Six usagers sur 10 atteignent le seuil de forte précarité[94] et 1 sur 4 a été incarcéré dans l'année[95].

La consommation régulière de crack a commencé moins d'une semaine après la première prise pour 36 % des usagers martiniquais et pour 65 % des usagers guadeloupéens interrogés. La part des usagers quotidiens atteint 62 % en Martinique, 41 % en Guadeloupe et 32 % parmi les usagers des CAARUD guyanais. Plus de 8 sur 10 en prennent au moins une fois par semaine [23, 72, 148]. Les usagers de crack d'Antilles-Guyane présentent deux différences notables par rapport aux usagers métropolitains : la quasi-absence de la pratique de l'injection, d'une part, et l'absence d'usage d'opiacés, d'autre part. Les consommations associées se concentrent sur le cannabis (8 usagers de crack martiniquais sur 10 en ont consommé récemment) et l'alcool, qu'un peu plus du quart des usagers de crack consomme quotidiennement.

En Martinique ou en Guadeloupe, comme en métropole, la plupart des usagers de crack sont réticents à se rapprocher des structures socio-sanitaires spécialisées ou même d'un médecin. Pourtant, selon l'enquête menée en Guadeloupe, les trois quarts d'entre eux souhaiteraient arrêter cet usage. Ce sont notamment vers ces usagers que les structures de réduction des risques ont appris à se tourner.

94. Voir note 90

95. En Martinique ou en Guadeloupe, 45 % des usagers ont déjà été incarcérés au cours de leur vie.

Repères méthodologiques

ASA CAARUD, Coquelicot, ENaCAARUD, RECAP, TREND

4.4 La population cachée des consommateurs de cocaïne

Maitena Milhet, Agnès Cadet-Taïrou

La population cachée des consommateurs de cocaïne désigne l'ensemble des usagers qui ne fréquentent aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale et qui ne sont pas repérés par le dispositif d'application de la loi. En France, contrairement aux États-Unis, à l'Australie ou à d'autres pays européens, cette population a été peu étudiée. Plusieurs sources issues de l'OFDT permettent néanmoins de documenter à présent les caractéristiques de ces usagers que ne voient ni les professionnels de santé ni les forces de l'ordre. Ainsi, une enquête quantitative ad hoc conduite en 2004-2005 [163] et les données qualitatives issues annuellement du dispositif TREND renseignent les consommations de cocaïne des usagers fréquentant les espaces festifs et dont la plupart relève de ces populations cachées d'usagers [41]. En outre, une enquête sociologique conduite en 2007 auprès de cinquante usagers de cocaïne inconnus des dispositifs sanitaires et répressifs et recrutés en dehors des milieux festifs documente en profondeur leurs pratiques, représentations et trajectoires de consommation [164-165].

Diffusion de la cocaïne en population cachée

Avant les années 2000, la présence de la cocaïne dans les espaces festifs demeure discrète et sa consommation est essentiellement de type opportuniste. À partir de cette date, on note une diffusion constante de sa disponibilité dans l'espace festif musiques électroniques alternatif (raves, free parties, teknival) puis conventionnel ou commercial (boîtes, clubs, bars musicaux organisant des soirées électro) (voir encadré ci-contre). En 2004-2005, plus d'un tiers des personnes fréquentant ces espaces en ont consommé au cours des trente derniers jours sous sa forme chlorhydrate et 7 sur 100 sous sa forme base [41,163]. La diffusion de la cocaïne déborde de ces espaces festifs proprement dits et des signes de consommation apparaissent dans une pluralité de contextes sociaux correspondant à des profils de consommateurs variés.

À l'intérieur ou en dehors des espaces festifs, la cocaïne est loin d'être le seul produit consommé par ces populations cachées. Le plus souvent, il s'agit du

La cocaïne, produit fédérateur de l'espace festif électro

Une enquête [163] réalisée dans l'espace festif musiques électroniques[96] (ou à tendance musiques électroniques) de cinq villes françaises a révélé qu'en 2004-2005 près des deux tiers (62,6 %) des personnes fréquentant cet espace déclaraient avoir déjà expérimenté la cocaïne et 34,8 % en avoir consommé au cours du mois écoulé. La première prise avait lieu en moyenne à 20,2 ans . La cocaïne, à l'instar de la plupart des psychotropes illicites, concernait plus fréquemment les personnes fréquentant les manifestations alternatives[97] (rave, free parties…), que celles rencontrées dans les établissements festifs commerciaux. Les caractéristiques sociodémographiques de ces dernières apparaissent différentes : en moyenne plus âgés, moins polyusagers, les membres du groupe « commercial » bénéficient aussi d'une meilleure insertion professionnelle que les premiers (tableau 1). Si les membres de l'espace « alternatif » sont nettement plus nombreux à être consommateurs de cocaïne que ceux de l'espace « commercial », ces derniers déclarent un rythme de consommation plus soutenu : 39,4 % des usagers récents de cocaïne du groupe commercial en prennent plus d'une fois par semaine, contre 32,0 % dans le groupe dit alternatif. Cet usage pluri-hebdomadaire, que l'on peut considérer comme à risque, concerne globalement plus du tiers (34,8 %) des usagers récents de cocaïne en milieu festif « électro » et 16 % de l'ensemble des personnes rencontrées dans cet espace.

Dans cette enquête, la consommation de cocaïne basée (le plus souvent transformée après achat par l'usager lui-même) concerne essentiellement le milieu alternatif où quatre personnes sur dix l'ont expérimentée (tableau 1). La pratique de l'injection, même si elle est devenue plus visible en milieu festif alternatif au cours de ces dernières années, reste marginale dans cette population, a fortiori l'injection de cocaïne.

Les usagers récents de cocaïne de l'espace festif sont plutôt des hommes, âgés de plus de 25 ans, ayant, moins souvent que les non-consommateurs du même échantillon, fait des études supérieures. Ils sont plus souvent inactifs ou exercent une activité professionnelle intermittente, témoignant d'une intégration professionnelle en moyenne plus instable que celle des non-usagers. Les étudiants apparaissent les moins consommateurs. Au plan des pratiques festives, les usagers récents de cocaïne fréquentent plus souvent l'espace alternatif et sont plus nombreux à être sortis tous les week-ends au cours du dernier mois. L'usage des autres substances est en moyenne plus intense et plus précoce. Ils sont plus nombreux à avoir connu une première ivresse, à avoir expérimenté le cannabis avant l'âge de 15 ans, à avoir pris plus de 5 verres d'alcool par occasion au cours du mois précédent et à consommer quotidiennement du cannabis.

96. Depuis cette étude, les usages de cocaïne se sont diffusés, de même que le milieu festif techno a eu tendance à se diluer dans l'espace festif général. Ainsi, les prochaines enquêtes couvriront un espace plus large.

97. Un versant ethnographique de l'étude a identifié 4 groupes d'affinité comprenant des personnes se percevant et perçues par les autres comme culturellement proches, et fréquentant des types de lieux différents : alternatif, soirées urbaines, clubbing et select. Pour simplifier le propos, les deux derniers groupes, proches, ont été réunis ici dans le groupe « commercial » et le groupe « soirée urbaines », intermédiaire, ne sera pas évoqué.

Tableau 1 - Caractéristiques des usagers des espaces « alternatif » et « commercial » fréquentant le milieu festif techno en 2004-2005 (en %)

	Alternatif (N=476)	Commercial (N=622)
Âge moyen	23,1 ans	26,50 ans
Études supérieures après le bac	32,6	66,1
Logement personnel	41,4	62,3
Activité rémunérée continue (6 derniers mois)	33,1	58,4
Étudiants (6 derniers mois)	17,5	12,9
Expérimentation		
Cocaïne poudre	81,2	50,5
Free base	41,1	8,6
Usage récent		
Cocaïne poudre	50,0	27,7
Free base	13,4	1,5
Cannabis	88,2	50,1
Champignons	24,8	2,1
Ecstasy	53,8	20,8
Héroïne	15,5	1,90

Source : Enquête « Quanti festif » 2004-2005 (OFDT)

dernier produit expérimenté par des personnes ayant des pratiques régulières de polyusage, consommant un éventail de substances qui peuvent différer selon les sessions de consommation mais également être associées au cours d'une même session. L'alcool et le cannabis sont alors les premiers produits accompagnant la cocaïne. Celle-ci est très majoritairement consommée par voie intranasale (sniff). Pour de nombreux usagers, il s'agit d'un choix lié au sentiment de maîtriser ainsi sa propre consommation, ce qui, à leurs yeux, n'est pas le cas de l'inhalation ou de l'injection. Le sniff est en outre perçu comme un mode d'usage à moindre risque par rapport à l'injection, moins visible et moins stigmatisant [41]. Pour autant, les deux tiers de ces usagers ont déjà expérimenté l'inhalation à chaud de free base (voir chapitre 4.3).

Trajectoires d'usage : étapes, motivations et incidences de la consommation

S'agissant des trajectoires de consommation, des étapes et des profils différents ont pu être isolés dans l'étude de Reynaud-Maurupt [164-165]. Les deux premières étapes sont communes aux cinquante usagers rencontrés, il s'agit des stades de la découverte de la cocaïne et de la persévérance dans la consommation.

Les parcours divergent ensuite avec la survenue, pour une part des consommateurs, d'épisodes de perte de contrôle de l'usage que la majorité des personnes concernées surmonteront.

Un produit attaché à l'univers de la fête

La découverte du produit est indissociable des moments de fête et de convivialité, le plus souvent organisés dans des espaces festifs spécifiques, mais aussi entre amis, dans un cadre privé plus intimiste. En effet, pour ces usagers, faire la fête est nécessairement associé à la consommation de substances multiples. Initialement, la cocaïne ou le free base ne sont pas spécifiquement recherchés, il s'agit de produits parmi d'autres. Les usagers s'y essaient parce qu'ils circulent dans la fête, mus par une curiosité pour des produits qu'ils n'ont pas encore expérimentés, pour atténuer les effets secondaires de ceux qu'ils ont déjà consommés, ou encore pour faire comme les autres. À ce stade, ils ne se montrent pas particulièrement sensibles aux effets spécifiques de la cocaïne et du free base, qu'ils ont plutôt tendance à trouver décevants. Progressivement, adoptant une consommation plus ou moins régulière de cocaïne et/ou de free base, toujours à l'occasion de fêtes, les usagers deviennent capables de désigner des effets propres à ces produits qui deviennent parties prenantes des motivations pour les consommer. Parmi ces motivations, les sensations physiques ressenties et tout particulièrement le plaisir : « la cocaïne, c'est trop bon » disent-ils. La substance est également appréciée pour son potentiel désinhibant, stimulant, mais aussi, paradoxalement, parce qu'elle apparaît comme une drogue raisonnable, dont les effets subtils permettent une défonce sous contrôle, au contraire des autres produits consommés, notamment l'ecstasy mais aussi l'alcool. La subtilité des effets ressentis est d'ailleurs pour certains une source de frustration, la cocaïne étant alors qualifiée d'« arnaque ». En plus des sensations physiques, les usagers voient dans la cocaïne un accélérateur de sociabilité. Donnant confiance, endurance et impression de charisme, elle permettrait d'accéder à des échanges nourris, subtils – ou du moins perçus comme tels – et de les faire durer en gommant la fatigue. La cocaïne peut également être utilisée au service d'autres produits, c'est-à-dire pour en potentialiser ou en atténuer les effets. Ainsi, les associations entre cocaïne et alcool sont fréquentes parce qu'alors il serait possible de boire en plus grandes quantités, ou celles de cocaïne et d'ecstasy, la première permettant de « gérer la descente » de la seconde.

Comme pour l'étape de découverte des produits, dans la phase de persévérance dans la consommation, l'usage de cocaïne est essentiellement motivé par le fait de faire la fête et par les contextes qui lui sont associés. Les usagers ne font pas véritablement usage de cocaïne ou de free base par prédilection par rapport à d'autres produits, ni en dehors de ces pratiques festives. Ils ne mentionnent pas d'effets secondaires négatifs ou de dommages liés à leur consommation.

Deux profils d'usagers

Après cette étape, les trajectoires se scindent pour faire émerger deux types de profils. Le premier, qui concerne près

de la moitié des personnes rencontrées, est composé d'usagers qui s'installent dans un usage contrôlé de cocaïne, c'est-à-dire une consommation régulière du produit sans escalade vers l'abus ou la dépendance et sans rupture avec le fonctionnement social quotidien. Bien que quelques personnes de ce profil consomment la cocaïne en dehors des espaces festifs, la plupart de ces usagers cantonnent leur consommation aux contextes festifs, le rythme des sorties constituant un levier de contrôle des quantités consommées. Dans ce profil, l'usage par voie nasale prédomine, même si la consommation du free base a pu intervenir par le passé et, pour quelques cas, peut se poursuivre occasionnellement. Le polyusage perdure mais le goût pour la cocaïne s'est précisé. Après l'alcool et le cannabis, elle est le produit que les usagers privilégient. Ces derniers continuent à ne pas mentionner de dommages liés à leur consommation et leur déroulement biographique n'apparaît pas affecté. Le plus souvent, pour ces usagers, la consommation de cocaïne n'est pas un obstacle à la conduite d'une carrière étudiante ou professionnelle normale.

Le second profil émergeant à cette étape de la trajectoire réunit un peu plus de la moitié des personnes rencontrées. Il s'agit d'usagers dont la consommation augmente très sensiblement, au point de provoquer un sentiment de perte de contrôle, sentiment beaucoup plus tranché chez les usagers de free base. L'emprise du produit, surtout rapportée à propos du free base, devient la principale raison de la poursuite de la consommation. Pour d'autres, minoritaires dans ce profil, c'est surtout l'accroissement soudain de l'accessibilité de la cocaïne (levée de barrières financières ou compagnon dealer notamment) qui va déstabiliser leur usage, l'entrée dans un processus de dopage à visée professionnelle, ou encore la survenue d'un sentiment d'abandon ou d'isolement lié à une rupture ou à l'éloignement de proches. Pour les usagers relevant de ce profil, cette étape de la trajectoire est synonyme de perturbations importantes aux plans économique, social, affectif et professionnel. L'endettement et les problèmes économiques sont les principales conséquences mises en avant. S'agissant des conséquences sanitaires, si quelques usagers de free base rapportent des problèmes cardiaques ou pulmonaires préoccupants, aucun consommateur de poudre par voie nasale ne mentionne de problèmes graves. Face au risque de décrochage social, deux cas de figure se présentent : certains usagers décrivent un décrochage social total de courte durée, au maximum quelques mois, généralement du fait d'un usage de free base, et d'autres continuent à maintenir une vie sociale, même si c'est au prix de difficultés multiples. Ces derniers continuent à se rendre à leur travail ou poursuivent leurs études. Il s'agit généralement d'usagers par voie nasale mais des usagers de free base peuvent également parvenir à maintenir une vie sociale et professionnelle.

Pour la grande majorité des usagers de ce profil, huit sur dix, cette étape de perte de contrôle est suivie d'une autre de retour à une consommation modérée ou d'arrêt de la consommation. Après coup, la perte de contrôle est vécue comme un accident biographique dont les usagers ont su se relever sans recourir à un professionnel. Ce type de sortie, dite autonome, fait suite à une prise de conscience person-

nelle et/ou à des pressions extérieures, notamment venues des proches.

Ces éléments concernant la population cachée des usagers de cocaïne vont à rebours de certaines représentations communes. Ils mettent pourtant au jour des réalités attestées dans la littérature internationale sur cette population d'usagers.

Les acquis de la littérature sur ces populations cachées

Plusieurs études relatives aux usagers cachés de cocaïne ont été réalisées dès les années 1970 en Amérique du Nord [33, 64-65, 131, 174, 196], puis à partir des années 1990 en Europe et en Australie [14, 35-36, 48, 91, 129, 132]. Elles s'appuient sur des échantillons d'usagers recrutés par la méthode boule de neige (l'enquêteur demande à l'enquêté de le mettre en contact avec un usager présentant des caractéristiques similaires), en ayant recours à des informateurs clés, ou encore par voie de presse et pouvant réunir jusqu'à 228 personnes pour l'étude la plus étendue[98][196]. Les résultats cumulés de ces travaux fournissent une image détaillée de ces usagers de cocaïne et des principales caractéristiques de leur trajectoire de consommation.

Des polyusagers expérimentés

Il ressort que les usagers de cocaïne en population cachée sont plus sûrement des polyusagers de drogues que de simples usagers de cocaïne. Ce sont généralement des consommateurs expérimentés de multiples substances (dont ils continuent ou non de faire usage). La cocaïne est rarement consommée seule, l'alcool et le cannabis arrivent en tête des produits qui lui sont associés. La cocaïne est généralement consommée par voie nasale, mais une minorité de ces usagers ont recours au crack (inhalation à chaud) ou encore à l'injection de cocaïne (pratique néanmoins très marginale). Bien repérés dans les études, les contextes de consommation privilégiés sont avant tout liés à la fête. La cocaïne est beaucoup plus rarement associée au travail, aux études ou encore consommée en solitaire. Au contraire, travail, études, situations de la vie courante font partie des contextes considérés par les usagers comme impropres à la consommation.

Une consommation contrôlée

En ce qui concerne les trajectoires de consommation, un des résultats particulièrement marquants des études est l'existence d'usages contrôlés de la cocaïne. Autrement dit, l'usage de la quantité souhaitée et pas plus. En l'absence d'incidence négative de la consommation sur la participation de l'usager au monde conventionnel, la consommation se révèle ici compatible avec ses autres engagements, relations et appartenances. Les études constatent la présence d'usagers

98. De loin la plus approfondie, l'étude de Waldorf, Reinarman et Murphy, s'appuie sur un échantillon composé de 122 usagers de cocaïne actuels et 106 usagers ayant cessé leur consommation, auxquels les auteurs ont ajouté un échantillon de 53 usagers de crack et 10 usagers de cocaïne ayant fait l'objet d'une étude en 1974 et réinterrogés en 1986. Afin d'atteindre des usagers de quantité importante de cocaïne, les auteurs ont retenu parmi leurs critères d'inclusion un usage quotidien l'année précédant l'enquête ou un usage hebdomadaire d'au moins 2 g de cocaïne les six mois précédent l'enquête.

problématiques parmi les usagers cachés, mais concluent qu'ils sont assez marginaux dans ces groupes de population : les usagers de cocaïne cachés sont, le plus souvent, des usagers socialement insérés qui contrôlent leur fréquence de consommation et ne connaissent que peu ou pas de dommages liés à leur pratique. Les parcours de consommation sont marqués par une grande diversité, depuis les

Cocaïne et travail

Selon les représentations communes, la cocaïne serait la drogue de la performance dans tous les domaines, notamment celui du travail, et l'on tend même à lier la diffusion de ses usages aux pressions croissantes s'exerçant sur les individus à l'intérieur de la sphère professionnelle. Si cette image correspond à la situation de certains usagers (voir ci-après), deux études qualitatives conduites auprès d'usagers ayant un emploi permettent de démystifier ce qui s'apparente à une légende [76-77, 164]. En effet, la grande majorité des usagers, intégrés par ailleurs dans la sphère professionnelle, partagent un objectif commun : séparer le moment de la fête et les usages qui l'accompagnent, du moment de travail, perçu comme une dimension essentielle de l'insertion sociale à sauvegarder. Pour les plus nombreux, la prise de cocaïne vise la performance festive : prolonger la fête ou les soirées, en optimiser les effets positifs (convivialité, euphorie), mieux y briller (confiance en soi, capacité d'expression inhabituelle, impression de puissance intellectuelle…). Quand l'usage de cocaïne déborde sur le temps du travail, c'est que le consommateur, fatigué par l'activité festive, doit alors se doper pour continuer à « assurer » et apparaître au mieux de sa forme professionnellement. La cocaïne, dont la prise ne s'accompagne ni de sensation de défonce, ni de stigmates physiques visibles, se prête plus que tout autre stimulant à ces débordements. S'il existe pour certains des usages courts et ponctuels, dans un objectif précis, par exemple finir un travail, la présence de la cocaïne dans le champ professionnel semble se circonscrire principalement à des univers présentant certaines caractéristiques, seules ou associées : une absence de frontière claire, visible, entre sorties festives et travail, telle que dans les professions liées aux arts et spectacles par exemple, un travail dans des établissements de fête (clubs ou boîtes de nuit), ou encore les professions de la communication. Ici, la prise de cocaïne vise la performance et la créativité, mais elle doit également contribuer à rendre l'ambiance de travail semi-festive. Elle s'accompagne en général d'une normalisation de l'usage dans la sphère professionnelle. De même, la continuité entre vie privée et vie professionnelle propre à certaines activités libérales ou en freelance se prête plus aisément que d'autres à l'élargissement des usages hors du temps festif. Enfin, certaines conditions de travail (plages horaires très longues, rythme soutenu), peuvent induire la nécessité de se sentir hyper-performant. C'est le cas du secteur de la restauration d'où sont issus de nombreux témoignages d'usage à visée professionnelle. Au-delà de ces éléments, les discours mettent en évidence que, plus que la performance elle-même, la cocaïne confère l'image de la performance. La cocaïne ne fait finalement que cacher temporairement la fatigue, sans en gommer les conséquences, et, lorsque l'effet est passé, le travail réalisé n'atteint pas toujours le niveau de qualité perçu sous cocaïne.

usagers qui maintiennent une consommation récréative modérée sur plusieurs années, jusqu'aux usagers qui ont quotidiennement recours à des quantités importantes de produit. Pour autant, il ressort que l'usage au long cours de cocaïne n'est pas nécessairement synonyme d'une augmentation des doses, d'abus ou de dépendance. L'addiction à la cocaïne n'est pas l'issue inévitable de tous les parcours. Les trajectoires sont plutôt orientées vers la réduction et le contrôle de la consommation. Elles sont fréquemment ponctuées de périodes d'abstinence. Ceux qui en viennent à abuser du produit parviennent le plus souvent à revenir à un usage contrôlé, et ce sans l'aide d'un professionnel.

S'agissant des dommages liés à la consommation, les études montrent que peu d'usagers épousent la figure du « toxicomane avéré » [29], celui dont le mode de vie est massivement organisé autour de la recherche et de l'usage de produit. Une palette de problèmes peut être rapportée par les usagers à des degrés de sévérité très variés dans les domaines de la santé, des finances, du travail et des relations. Comme on peut s'y attendre, les plus gros consommateurs (quantité, fréquence) sont ceux qui sont confrontés à davantage de problèmes. Mais certains usagers ne rencontrent pas de difficultés et il n'y a pas de lien mécanique entre un usage important et la quantité ou la sévérité des problèmes. Si certains usagers affrontent beaucoup de difficultés, d'autres en rencontrent peu ou pas du tout, et d'autres encore attendent des mois ou des années avant de subir une conséquence négative. La survenue de difficultés et leur intensité dépend pour partie des quantités consommées et des fréquences, mais aussi des contextes de consommation, de la personnalité de l'usager, de l'existence ou non d'autres difficultés dans sa vie et des ressources à sa disposition pour faire face aux problèmes.

En fin de compte, sans omettre les incidences négatives possibles de la consommation (voir chapitre 5.1), les acquis des études conduites sur les populations cachées des usagers de cocaïne font écho à ce que Reinarman, Murphy et Waldorf ont appelé une vision pharmacocentrée de la cocaïne : l'idée selon laquelle l'effet de la substance sur le cerveau et le corps serait à ce point fort que les usagers chercheraient à s'en administrer de façon répétée et en dépit de toutes conséquences négatives [160]. Au contraire, si fort soit l'effet pharmacologique du produit, son incidence effective sur l'usager est toujours médiatisée par les normes et les valeurs de ce dernier, ses pratiques d'usages, le contexte ainsi que les ressources personnelles et sociales dont il dispose. Ces dimensions sociales, psychologiques et culturelles, parties prenantes des usages, sont généralement sous-estimées, la dimension pharmacologique étant, quant à elle, la plupart du temps surestimée.

Repères méthodologiques

Étude « Usagers cachés de cocaïne », Étude « Usages de drogues et activité professionnelle », TREND Enquête « Quanti festif »

5



La question sanitaire

La question sanitaire

La consommation de cocaïne et de crack, qu'elle soit ponctuelle ou chronique, peut avoir un impact sur la santé physique et psychique des usagers. Ces conséquences, pour certaines rapides et intenses ou pour d'autres plus progressives, peuvent survenir quels que soient le mode d'administration, la quantité et la fréquence de l'usage. Elles sont pour certaines susceptibles d'être graves voire mortelles dès les premières consommations, et pour d'autres en un seul épisode. Par ailleurs, d'autres facteurs comme le recours à certains produits de coupe, le polyusage ou encore des conduites à risques (partage de matériel et/ou prises de risques sexuels) peuvent être sources de complications supplémentaires de celles propres à la cocaïne.

Les complications physiques le plus souvent rencontrées sont cardiaques, en lien avec l'élévation de la pression artérielle et la vasoconstriction des artères coronaires induites par la cocaïne. Des complications neurologiques (accident vasculaire cérébral, convulsions, etc.) peuvent également survenir. Néanmoins, le lien de cause à effet entre ces événements et l'usage de cocaïne est rarement établi par les professionnels de santé, d'autant que les consommateurs méconnaissent les risques encourus.

Les complications pulmonaires interviennent quant à elles quasi exclusivement chez les usagers de crack du fait du mode de consommation (inhalation de vapeurs). La pathologie la plus caractéristique est un syndrome respiratoire aigu, le « crack lung », qui se traduit par une toux, une gêne respiratoire, de la fièvre et des douleurs thoraciques. D'autres symptômes sont spécifiquement liés à l'utilisation de ce produit comme les lésions cutanées au niveau palmaire et plantaire (dites lésions « pieds-mains ») dues à la recherche quasi obsessionnelle du produit et à sa préparation. Le sniff de cocaïne provoque de manière systématique des lésions de la cloison nasale, parfois très rapidement en cas de consommation intensive. Enfin, les pratiques à risques liées à l'injection et au partage de matériel (pailles pour la cocaïne, pipes pour le crack) peuvent être à l'origine d'infections bactériennes (abcès cutanés locaux, septicémies) ou virales (VIH, VHB et surtout VHC).

Les pathologies mentales (dépressions, tentatives de suicide, troubles anxieux, etc.) sont plus fréquentes chez les usagers de cocaïne que dans le reste de la population. Toutefois, il est difficile de déterminer si ces troubles découlent de l'usage même de cocaïne ou s'ils lui sont antérieurs. Par ailleurs, dans les heures qui suivent la prise de cocaïne, peuvent apparaître des troubles délirants sous la forme d'épisodes psychotiques avec hallucinations auditives, visuelles et sensorielles. Cette paranoïa induite par la cocaïne peut être accompagnée d'un syndrome de recherche compulsive du produit, plus particulièrement chez les usagers de crack.

La cocaïne peut provoquer, seule ou en association avec d'autres produits, une mort violente par surdose. Les analyses toxicologiques menées en France dans le cadre du dispositif DRAMES permettent d'estimer en 2009 ces surdoses mortelles liées à la cocaïne à 32, sur les 260 décès en relation avec l'abus de substances. La cocaïne seule est en cause dans 15 de ces décès, elle est associée à d'autres produits dans les 17 autres cas. Malgré la diffusion de l'usage de cocaïne, le nombre de décès liés à ce produit est relativement stable, même si leur part dans l'ensemble des surdoses mortelles a connu un décrochage entre 2007 et 2008, passant de 18-20 % à 12-14 %.

Comparativement au Royaume-Uni, à l'Allemagne et à l'Espagne, le nombre de décès liés à la cocaïne apparaît sensiblement inférieur en France. Néanmoins, la prévalence de cette substance dans les décès par surdose y est un peu supérieure à celle observée au Royaume-Uni et en Allemagne, mais bien moindre qu'en Espagne. Autre particularité française : les décès avec la cocaïne seule constituent près de la moitié des décès avec cocaïne alors que la mortalité par association avec d'autres substances est très majoritaire dans les autres pays.

Entre 5 % et 6 % des usagers de drogues qui fréquentent les structures d'accueil ou de soins déclarent que la cocaïne ou le crack est le produit qui leur pose le plus de problèmes. Pourtant, il n'existe pas d'intervention thérapeutique spécifique à cette substance qui soit validée et consensuelle, à la différence des traitements de substitution pour les opiacés. Beaucoup de traitements médicamenteux visant à réduire la consommation ou le *craving* ont été testés mais aucun, hormis le disulfirame (ou Espéral®), n'a prouvé scientifiquement son efficacité, même si des essais cliniques ont montré des résultats prometteurs. Toutefois, d'autres approches semblent produire des effets bénéfiques, comme les interventions « psychosociales ».

Parallèlement à ces traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, dont la combinaison à différents moments du suivi des patients pourrait renforcer l'action thérapeutique, des chercheurs tentent de créer un vaccin anticocaïne depuis le début des années 1990. Son principe repose sur la production d'anticorps spécifiques qui bloqueraient et inactiveraient la cocaïne avant son passage au niveau cérébral. Au vu des expériences animales et humaines déjà menées, ce vaccin est décrit comme une avancée thérapeutique intéressante, même s'il reste à optimiser son modèle pour obtenir une réponse immunitaire suffisante et pérenne. Il nécessitera dans tous les cas un débat éthique pour aboutir à un consensus scientifique et politique quant à son utilisation.

5.1
Complications somatiques et psychiques

Tiphaine Canarelli

Aiguë ou chronique, la consommation de cocaïne expose à divers types de conséquences, qu'elles soient physiques, psychiques ou même sociales. Si le motif le plus fréquent de consultation aux urgences d'un consommateur de cocaïne est cardio-vasculaire [19], le repérage de la cocaïne comme facteur causal d'un trouble par les professionnels de santé (médecins généralistes et urgentistes en particulier) reste difficile à établir[99] [66, 93], alors même que la consommation de ce produit s'est considérablement développée ces dernières années. Les consommateurs sont, quant à eux, peu souvent conscients des risques sanitaires encourus. L'exposé qui suit rend compte des nombreuses complications somatiques et psychiques rencontrées dans le cadre d'une consommation aiguë ou chronique de cocaïne ou, plus spécifiquement, de crack. Elles correspondent souvent à l'exagération des effets spécifiques de la cocaïne et peuvent généralement survenir quelle que soit la voie d'administration, la quantité et la durée de consommation. Il n'existe toutefois pas de seuil prédictible de sécurité pour l'usage de cette substance, les complications pouvant survenir de manière très différente suivant les individus du fait de nombreux facteurs de variabilité [121]. Il faut également préciser que, du fait de leur caractère parcellaire, les données existantes relatives à ces complications, rendent difficilement mesurable toute fréquence d'occurrence au sein de la population générale.

Complications somatiques

Différents facteurs, qu'ils soient liés aux modes de préparation ou de consommation de la cocaïne ou bien inhérents à l'individu lui-même, peuvent expliquer la diversité et l'hétérogénéité des complications somatiques constatées. Des effets cliniques

99. Plusieurs facteurs explicatifs interviennent, tels que le fait que ce produit bénéficie d'une image positive (stimulant sans dépendance physique) ou que la plupart des professionnels de santé n'ont pas d'outils spécifiques de repérage ou de traitements propres à la cocaïne.

rapides et intenses sont ainsi observés en cas d'injection intraveineuse de cocaïne et plus encore par inhalation de crack. Une consommation conjointe de tabac mais surtout d'alcool peut aussi aggraver les effets, en particulier cardiotoxiques, de la cocaïne[100] [2, 121]. La prise d'autres substances psychoactives (opiacés ou benzodiazépines) en aval d'une prise de cocaïne pour faciliter la « descente » peut de plus s'avérer préjudiciable et aggraver les signes cliniques. Des complications peuvent également apparaître du fait de certains produits de coupage[101] utilisés. Le partage de seringues ou de matériel (pailles ou matériel pour fumer) peut être source de complications supplémentaires du fait des risques infectieux viraux (VIH et hépatites B et C) et bactériens (abcès cutanés, endocardite, septicémie…). Une consommation sur un terrain fragile du point de vue physique (femme enceinte dépendante, nouveau-né, sujet dénutri) ou social peut également être un facteur d'aggravation clinique.

Il faut d'autre part préciser que certaines complications, en particulier cardio-vasculaires ou neurologiques, peuvent être graves et leurs conséquences parfois mortelles [5], même dès la première prise de produit[102] [121].

Complications cardio-vasculaires

Elles sont liées à l'accumulation de noradrénaline et de dopamine pouvant être à l'origine d'une élévation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, d'une vasoconstriction[103] des artères coronaires, voire d'une hyperactivation de l'agrégation plaquettaire[104] [87, 93]. Le symptôme le plus souvent rencontré est une douleur thoracique [19, 87, 155], qui peut survenir dans l'heure suivant la dernière prise de cocaïne ou de manière retardée jusqu'à 24 à 48 heures après celle-ci. Aux États-Unis, près de un cas sur deux des sujets présentant de telles douleurs sont ainsi hospitalisés [96], principalement en raison d'une suspicion d'infarctus du myocarde.

Infarctus du myocarde (IdM)

Si son lien causal avec la cocaïne est parfois difficile à établir (tableau clinique de douleurs thoraciques atypiques dans un contexte d'anxiété importante avec des éléments peu spécifiques à l'électrocardiogramme), il semblerait que l'IdM soit pourtant retrouvé dans 6 % à 10 % des cas de douleurs thoraciques consécutives à une prise de cocaïne et qu'il ne soit ni fonction de son mode de consommation,

100. L'alcool forme avec la cocaïne du « coca-éthylène » dont la demi-vie est supérieure à celle de la cocaïne et dont les toxicités hépatique et cardiaque sont supérieures.

101. Outre les produits de coupage « classiques » (lactose, mannitol, glucose) peuvent être adjoints des substances anesthésiantes (lidocaïne, tétracaïne), mais aussi du talc ou des substances potentiellement cardiotoxiques (atropine, chloroquine…). Voir chapitre 2.3.

102. Ces complications cardio-vasculaires et neurologiques, souvent graves, voire mortelles, sont toutefois moins fréquentes que d'autres complications, en particulier ORL, n'ayant pas le même niveau d'urgence et de gravité.

103. Rétrécissement du diamètre d'un vaisseau (artère ici).

104. Les plaquettes sont des composants du sang intervenant dans la coagulation sanguine. Leur agrégation (adhésion entre elles) peut être à l'origine de la formation d'un thrombus (caillot).

de sa quantité, de sa fréquence d'administration, ni de son ancienneté [5, 28][105]. Le risque de survenue d'un IdM est, d'autre part, multiplié par 24 dans l'heure suivant la prise du produit pour des sujets sans facteur de risque cardio-vasculaire et, là encore, quelle que soit la dose, la voie d'administration et la fréquence de consommation [128]. Tout accident cardiaque chez un sujet jeune sans antécédent cardiologique doit donc faire rechercher une consommation de cocaïne [28].

Troubles du rythme et de la conduction cardiaque

Même si le potentiel arythmogène propre de la cocaïne n'est pas suffisamment défini [105], il est établi que son usage peut entraîner de multiples troubles du rythme (tachycardies ou fibrillations ventriculaires, ou, à l'inverse, bradyarythmies[106]) ou de la conduction cardiaque (torsades de pointe) [5, 28]. Ces troubles du rythme semblent, d'autre part, survenir dans des conditions hémodynamiques très perturbées, laissant supposer que la cocaïne pourrait les exacerber dans un contexte de pathologie cardiaque associée.

Endocardites

Bien que rarement pratiquée, l'utilisation intraveineuse de la cocaïne augmente le risque d'endocardite[107] bactérienne, même si ce risque existe également avec le sniff [87]. La tachycardie et l'hypertension artérielle (HTA) accompagnant les abus de cocaïne induiraient également l'apparition de lésions valvulaires favorisant l'invasion bactérienne et la greffe des impuretés (qu'elles soient injectées ou sniffées).

Autres complications

S'il est établi que l'usage chronique de cocaïne peut être à l'origine d'une hypertrophie ventriculaire gauche entraînant une dysfonction ventriculaire [18], des observations de cardiomyopathies dilatées[108], parfois favorisées par une alcoolodépendance associée, ont également été faites [200][109]. Des cas de dissections aortiques (irruption de sang au sein de la paroi de l'aorte pouvant constituer une urgence chirurgicale) qui surviendraient, selon les études, entre 12 à 24 heures après la prise de produit chez des patients le plus souvent jeunes, fumeurs et aux antécédents d'HTA mal stabilisée, ont également été publiés [7]. Des anévrismes des artères coronaires sembleraient également être dus à la consommation répétée de cocaïne qui faciliterait, d'autre part, et selon plusieurs auteurs, le développement de lésions athéromateuses (dépôts lipidiques dans les artères) [28, 170]. Quelques cas de thromboses artérielles

105. Un infarctus du myocarde peut en effet survenir dès la première prise de cocaïne.

106. À l'inverse de la tachycardie, la bradyarythmie se caractérise par un rythme cardiaque inférieur à la normale (60 battements/minute). La fibrillation ventriculaire correspond, quant à elle, à une contraction rapide et inefficace des ventricules cardiaques, et les torsades de pointe, trouble de la conduction cardiaque, se traduisent par une tachycardie irrégulière avec un risque de mort subite.

107. Inflammation de l'endocarde (tunique interne au cœur et des valvules cardiaques) d'origine virale ou bactérienne.

108. La cardiomyopathie dilatée est une maladie du muscle cardiaque caractérisée par une dilatation des cavités cardiaques (ventricules principalement). Cette pathologie expose de ce fait à des risques d'insuffisance cardiaque et de mort subite.

109. Elles sont parfois réversibles à l'arrêt de ces consommations.

périphériques (ischémie aiguë d'un membre mais aussi ischémie mésentérique[110]) [60] plusieurs heures après une prise de cocaïne sniffée ou inhalée (crack) ont aussi été décrits, tout comme des cas de thromboses veineuses (caillots sanguins au niveau des membres supérieurs après une injection intraveineuse).

Complications neurologiques

Du fait de la rapide diffusion de la cocaïne au sein du système nerveux central [87], les effets neurologiques sont brutaux, et potentiellement renforcés par l'HTA et la vasoconstriction favorisant les vaso-spasmes cérébraux. Il peut s'agir d'accidents vasculaires ou de crises convulsives, la cocaïne diminuant le seuil épileptogène [121].

Accident vasculaire cérébral

Des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été rapportés quelle que soit la voie d'administration de la cocaïne, et cela assez rapidement après la prise (au décours de l'usage ou dans les heures qui le suivent) [105]. Leur lien avec la consommation de cocaïne est d'autant plus probable que les sujets sont, là encore, jeunes et sans facteur de risque associé [5]. Ces accidents peuvent être d'origine ischémique ou hémorragique par rupture vasculaire d'une malformation artérielle cérébrale[111] [190]. Les usagers de la forme chlorhydrate présenteraient toutefois plus souvent des AVC de type hémorragique, alors que les utilisateurs de crack présenteraient de manière équivalente des formes hémorragiques ou ischémiques [93].

Convulsions

Elles concerneraient, suivant les études [93], de 1 % à 10 % des sujets consommateurs de cocaïne, quels que soient la voie d'administration et le niveau d'usage. Elles sont toutefois plus fréquemment retrouvées chez des usagers chroniques que chez des expérimentateurs [122]. Les convulsions peuvent prendre la forme de crises généralisées de type tonico-clonique apparaissant immédiatement ou quelques heures après la prise de cocaïne, ou bien de crises localisées.

Autres complications

Des céphalées, d'intensité variable, et souvent associées à des nausées et à des douleurs thoraciques ou abdominales, peuvent souvent survenir, aussi bien après une consommation de doses habituelles de cocaïne qu'après de fortes consommations [5]. Leur prévalence parmi les usagers varie selon les études entre 13 % et 60 % et sans doute selon le niveau d'usage (une étude rapporte une prévalence de 22 % chez des usagers occasionnels *vs* 79 % chez des usagers chroniques) [93]. Des atrophies cérébrales pourraient également se développer chez les usagers chroniques, d'autant que leur consommation est ancrée dans le temps [5, 93].

110. L'ischémie est une diminution, voire un arrêt, de la circulation du sang dans un organe ou une partie du corps et il s'agit d'une urgence lorsqu'elle est aiguë. L'atteinte du tube digestif (ischémie mésentérique) est due à une embolie d'origine cardiaque ou à une lésion athéromateuse venant empêcher la circulation sanguine dans cette zone.

111. La rupture est alors favorisée par les poussées hypertensives brutales.

Complications pulmonaires

Rares en cas d'administration de cocaïne par voie intranasale ou veineuse, les complications pulmonaires sont liées quasi exclusivement à la consommation de crack ou de free base. De fines particules de cocaïne sous sa forme basée sont ainsi inhalées, atteignant les voies respiratoires les plus profondes [172], entraînant des complications aiguës en quelques minutes, voire en quelques heures. Parmi ces manifestations aiguës sont surtout retrouvées : une toux (quasi constante), une respiration sifflante (sibilants) voire, plus rarement, des crachats sanglants (hémoptysie) [121]. Ces symptômes, diminuant possiblement en quelques jours après l'arrêt de la consommation, peuvent aussi persister en cas de consommation au long cours (conséquence de l'irritation chronique des voies respiratoires). Des barotraumatismes[112] à l'origine de pneumothorax ou de pneumomédiastins sont également des complications relativement fréquentes car liées à des techniques particulières d'inhalation du crack visant à augmenter l'absorption pulmonaire pour renforcer les effets euphorisants du produit.

La consommation de crack ou de free base, en entraînant une vasoconstriction au niveau pulmonaire, peut également empêcher l'oxygène et le sang de circuler et être à l'origine d'un syndrome respiratoire aigu appelé crack lung associant fièvre, toux, gêne respiratoire et douleurs thoraciques [93]. Le crack est également responsable de l'apparition de crises asthmatiques sévères ou de l'aggravation d'un asthme préexistant. Une consommation chronique de ce produit peut également être à l'origine de certaines pneumopathies dites « organisées » (bronchiolites oblitérantes ou fibrogranulomatoses pulmonaires [172][113]) ou d'une hypertension artérielle pulmonaire [87]. Il faut également citer comme complication pulmonaire indirecte la tuberculose, liée aux conditions de vie précaires des sujets consommant du crack [121].

Complications ORL

L'usage chronique de cocaïne par voie nasale entraîne de manière quasi systématique des lésions de la cloison nasale se traduisant par des saignements (épistaxis), souvent précurseurs d'ulcérations, de nécroses, d'infections locales (sinusites), voire de destructions du cartilage nasal. Des brûlures oropharyngées peuvent également être observées après inhalation de crack [121, 156].

Complications obstétricales et périnatales

Chez la femme enceinte

La consommation de cocaïne expose, en plus des complications somatiques décrites plus haut, en particulier car-

112. Un barotraumatisme survient lorsqu'il existe une difficulté d'adaptation entre la pression d'air au sein d'une cavité corporelle et la pression extérieure (accident de plongée par exemple). Il s'agit ici des efforts expiratoires à glotte fermée chez les fumeurs de crack qui peuvent entraîner une forte augmentation de la pression intra-alvéolaire puis l'éclatement de bulles périphériques et être à l'origine d'un pneumothorax (air autour d'un poumon risquant de le comprimer) ou d'un pneumomédiastin. L'évolution de ces complications est le plus souvent favorable.

113. Pathologies liées à l'apparition de granulomes inflammatoires possiblement à l'origine d'une fibrose progressive du tissu pulmonaire.

diaques et neurologiques[114] [181], à un risque plus fréquent d'hématomes rétroplacentaires, d'avortements spontanés, en particulier au cours du premier trimestre [93], mais aussi de retards de croissance intra-utérine et d'accouchements prématurés [5, 93, 171].

Chez le fœtus

En induisant une vasoconstriction placentaire, la cocaïne peut être responsable d'une souffrance fœtale aiguë ou chronique [5]. Des morts subites *in utero* sont également rencontrées, dues à une intoxication aiguë ou à une malformation cardiaque létale [5]. Des malformations des membres, de l'appareil génito-urinaire, cardio-vasculaire, visuel, auditif ou du système neurologique sont également possibles.

Chez le nouveau-né et l'enfant

Plus souvent prématurés et de faible poids de naissance, les nouveau-nés de mères consommatrices de crack peuvent présenter des signes de sevrage avec hypertonie et insomnie [5]. Des perturbations neurocomportementales ont également été détectées, en cas de forte prise de cocaïne chez la mère, associant hypertonie des membres inférieurs, dystonie et tremblements [5]. Les résultats des études menées chez les enfants sont plus complexes et plus variables selon les auteurs, mais des retards de croissance seraient toutefois toujours visibles entre 7 et 10 ans, en particulier si la prise de produit s'est effectuée dès le premier trimestre de grossesse [167]. Du point de vue social, la consommation de cocaïne ou de crack chez la mère entraîne également des risques de négligence, voire de maltraitance, et augmente le risque de placement des enfants en famille d'accueil [93, 182].

Complications infectieuses et dermatologiques

Outre les complications infectieuses liées à l'injection intraveineuse ou au partage de matériel (pailles, pipes à crack), comme des infections virales (VIH, VHB et surtout VHC) ou bactériennes (abcès cutanés locaux, pneumopathies, endocardites, voire septicémies)[115], des lésions cutanées spécifiques, liées à l'utilisation au long cours du crack, sont retrouvées. Il s'agit de lésions « pieds-mains » associant des plaies au niveau plantaire (du fait de la marche incessante des usagers pour obtenir leur produit et du manque d'hygiène) et palmaire (coupures, gerçures ou lésions hyperkératosiques avec hyperproduction de la couche cornée de l'épiderme) en lien avec la préparation du produit et la manipulation de la pipe à crack brûlante [71].

D'autre part, le recours à la prostitution, fréquent parmi les usagères de crack, renforce également les risques infectieux.

114. Les femmes seraient plus vulnérables aux effets de la cocaïne que les hommes car les œstrogènes seraient à l'origine d'une réactivité accrue des neurones dopaminergiques à la cocaïne.

115. Ces risques infectieux sont majorés avec les injections de cocaïne rapidement compulsives de certains consommateurs (diminution des précautions initiales d'hygiène).

Autres complications

L'hépatotoxicité[116] liée à la cocaïne, même si elle est modérée, est fréquente [5, 121]. De nombreux comportements à risques peuvent également être observés (rixes, homicides, accidents de la route ou de la voie publique, chutes), tout comme des complications sociales, en particulier en cas de consommation de crack (marginalisation, violence[117] et prostitution) [121]. La néphrotoxicité est également établie puisqu'une insuffisance rénale aiguë, faisant suite à des infarctus rénaux ou à une rhabdomyolyse[118], peut survenir.

Dans un contexte très différent, un autre tableau clinique est retrouvé dans le cadre d'un transport intracorporel de cocaïne. Il s'agit de la rupture accidentelle de sachets de cocaïne dissimulés dans le tube digestif pour en assurer le transport clandestin. Celle-ci peut réaliser un tableau d'intoxication suraiguë avec HTA majeure compliquée d'une occlusion digestive par nécrose mésentérique, d'évolution rapidement fatale le plus souvent [87].

COMPLICATIONS PSYCHIQUES

Comparativement à la population générale, il existe de plus fortes prévalences de troubles mentaux parmi les sujets consommant de la cocaïne [12]. Trente à soixante pour cent des sujets traités pour une dépendance à ce produit présenteraient ainsi une comorbidité psychiatrique, dont la prévalence serait d'autant plus élevée que le niveau de consommation est important. Une étude américaine montre ainsi que des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux sont retrouvés chez respectivement 35 % et 24 % des patients considérés comme consommateurs excessifs de cocaïne *vs* 63 % et 45 % de ceux étiquetés comme dépendants au produit [38]. Du fait de comorbidités psychiatriques, ces patients sont donc plus difficiles à prendre en charge, d'autant qu'ils adhèrent généralement plus difficilement à un système de soins.

Troubles dépressifs et tentatives de suicide

Différents liens entre dépression et usage de cocaïne ont été établis [12]. La consommation de cocaïne pour ses effets antidépresseurs en est un (utilisation en « automédication »), tout comme le fait que ce produit semble procurer davantage d'effets chez les patients déprimés du fait d'une plus grande efficacité des effets euphorisants. À l'inverse, la brève cinétique de la cocaïne semble être à l'origine de symptômes dépressifs typiques (anhédonie et aboulie notamment[119]). L'état dépressif inciterait d'autre part à consommer d'autres substances psychoactives (alcool en particulier) pour mieux réguler

116. Atteinte hépatique.

117. La violence peut être en lien avec un tableau aigu sur fond d'agitation psychomotrice, elle peut aussi s'observer notamment en cas de « descente », en particulier après une prise de crack (affaissement de l'humeur avec irritabilité, anxiété, méfiance de l'entourage et risque de passage à l'acte).

118. Destruction rapide des cellules musculaires avec une libération de protéine musculaire (myoglobine) dans le sang et les urines.

119. L'anhédonie se définit comme un manque ou une insensibilité au plaisir et l'aboulie comme la diminution ou la disparition de la volonté.

les affects négatifs induits par la cocaïne[120]. Selon les études, la prévalence des troubles dépressifs majeurs se situerait ainsi entre 25 % et 60 % des patients dépendants à la cocaïne [12, 105]. La voie d'administration pourrait influer sur cette prévalence puisque, selon une étude menée en 2007 sur 115 sujets dépendants à la cocaïne, la prévalence de la dépression était plus élevée chez les sujets injecteurs que chez ceux recourant à la voie nasale (53 % *vs* 19 %) [119]. Il est toutefois difficile de savoir si les troubles dépressifs sont induits par la consommation de cocaïne ou s'ils préexistaient et ont alors été amplifiés par le produit.

Quant au risque suicidaire, il est élevé chez les patients présentant un trouble lié à l'usage de cocaïne et en particulier chez ceux ayant des antécédents de dépression. Les tentatives de suicide à répétition sembleraient, d'autre part, plus élevées chez les injecteurs de cocaïne que chez les non-injecteurs, et elles reposeraient sur des méthodes souvent plus violentes [12]. La dépression semble ainsi être un facteur pronostique péjoratif chez les patients dépendants à la cocaïne [37].

Troubles anxieux et attaques de panique

Les troubles anxieux représentent la deuxième comorbidité la plus observée chez les usagers de cocaïne [12]. Si la consommation d'un stimulant peut apparaître paradoxale à première vue chez des sujets anxieux, il semblerait que la symptomatologie anxieuse augmente les envies de consommer un tel produit, vu comme un antidote aux symptômes dépressifs pouvant se surajouter à l'angoisse [12]. L'anxiété, chez des patients dépendants à la cocaïne, se traduirait le plus souvent par un trouble anxieux « banal » (45 %) plutôt que par une phobie spécifique (23 %) ou une phobie sociale (16 %), un trouble anxieux généralisé n'étant retrouvé que dans 8 % des cas [38]. Les usagers de cocaïne sont, d'autre part, exposés à davantage d'attaques de panique[121], en particulier en cas de prise du produit de manière prolongée par voie nasale [105, 120].

Troubles délirants (paranoïa induite par la cocaïne)

La cocaïne, comme d'autres substances psychoactives, peut induire des épisodes psychotiques aigus qui débutent quelques heures après la prise du produit et s'arrêtent environ 24 heures après la fin de la consommation [12]. Si les signes le plus souvent retrouvés sont des éléments délirants paranoïaques hallucinatoires avec le sentiment d'être suivi ou sur le point d'être arrêté par la police [178], des hallucinations visuelles ou auditives transitoires sont également retrouvées[122]. Ces signes, qui constituent ainsi ce que l'on appelle la paranoïa induite par la cocaïne, sont retrouvés chez les utilisa-

120. Car même si la cocaïne présente des effets dépressiogènes, elle serait toutefois toujours consommée chez les sujets déprimés pour bénéficier en contrepartie de ses effets positifs.

121. Une attaque de panique ne doit pas être confondue avec un trouble panique primaire comportant moins de signes de modifications psychosensorielles et plus souvent fondé sur une agoraphobie (peur des grands espaces publics et de la foule).

122. Délire interprétatif où se surajoutent des hallucinations relatives à l'usage de drogue de type visuel (visualisation d'individus qui veulent récupérer la drogue ou arrêter le sujet), auditif (bruits suspects de poursuite ou de surveillance) ou tactile.

teurs de la voie intraveineuse ou inhalée (crack)[123] et chez les utilisateurs réguliers de ce produit [17]. Des hallucinations tactiles sont également retrouvées avec des sensations de picotements puis de grouillements sous-cutanés de vers ou de parasites que le sujet semble également visualiser, entraînant souvent des lésions de grattage disséminées sur l'ensemble du corps [50]. Ces troubles s'accroissent au fil du temps et leur déclenchement est de plus en plus rapide après le début de la prise, même en cas de stabilisation ou de diminution de la consommation de cocaïne[124]. La survenue de ces délires paranoïaques pourrait rendre les sujets plus sensibles à l'apparition de troubles psychotiques, mais il n'est pas possible de se prononcer actuellement en faveur d'un lien direct de causalité entre usage de cocaïne et développement d'une schizophrénie [12], de la même manière que pour le cannabis [40]. Certains facteurs pourraient toutefois augmenter le risque d'entrée dans cette pathologie, tels qu'un âge précoce de début d'usage, une consommation importante et de longue durée, une vulnérabilité familiale ou certains facteurs de personnalité préexistants [105, 187].

Comportement compulsif de recherche de cocaïne-crack

Le comportement compulsif de recherche du produit est fréquemment associé à la paranoïa induite par la cocaïne et peut se retrouver chez près de la moitié de ses consommateurs chroniques [5]. Il se rencontre en particulier chez les consommateurs de crack où il apparaît quelques minutes après les premières prises et peut durer près de 90 minutes. Cette conduite se traduit par une recherche compulsive de morceaux de crack qui auraient pu tomber à l'endroit de la préparation et du fumage du produit. Le sujet peut ainsi scruter de manière répétitive[125] les lieux ou les trajets effectués jusqu'au point de consommation et examiner soigneusement tout ce qui pourrait ressembler à un caillou de crack. Si l'usager a conscience du caractère morbide de ce trouble, il ne peut pourtant y résister [5, 105] et se retrouve face à un intense désir d'obtention de ce produit. L'intensité de ce *craving*, la durée et la fréquence de consommation ne sont toutefois pas corrélés à ce syndrome compulsif. Néanmoins, si la consommation de crack se prolonge et se répète quotidiennement, cette quête assortie d'une surexcitation et d'une dépression mène souvent à un épuisement à l'origine d'un état d'hébétude et de tension extrême de l'individu.

123. Mais a priori pas par voie nasale.

124. La diminution de la consommation est une conséquence directe de l'importance de la paranoïa et elle est souvent un facteur précipitant de demande de traitement.

125. Syndrome communément appelé « faire le poulet » ou « chasser les fantômes ».

5.2 Les décès par surdoses de cocaïne en France et en Europe

Éric Janssen

Les décès par usage de cocaïne en France...

Le nombre de surdoses mortelles par usage de stupéfiants ou de médicaments opiacés en France est renseigné par trois sources. Longtemps considérée comme une référence, l'information fournie chaque année par l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS) n'est, à ce jour, plus publiée. Le Centre épidémiologique des causes de décès (CépiDc) s'appuie sur les informations issues des certificats de décès signés par les médecins selon lesquelles plus de 300 décès par surdose auraient lieu chaque année. Si les causes de décès sont postérieurement codées à partir des constatations médicales, elles ne permettent pas toujours de cerner avec précision les substances en cause dans les décès, en particulier lorsqu'il y a polyconsomma-

Tableau 1 - Substances en cause dans les décès par surdose enregistrés en France entre 2006 et 2009

	2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cocaïne seule	13	7,7	18	9,4	16	7,4	15	5,8
Cocaïne en association	18	10,7	21	10,9	14	6,5	17	6,5
Ensemble cocaïne	**31**	**18,5**	**39**	**20,3**	**30**	**13,8**	**32**	**12,3**
Autres substances illicites, seules ou en association	64	38,1	71	37,0	83	38,2	105	40,4
Médicaments opiacés, seuls ou en association	73	43,5	82	42,7	104	47,9	123	47,3
Total des surdoses	**168**	**100,0**	**192**	**100,0**	**217**	**100,0**	**260**	**100,0**

Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont mentionnés.
Source : DRAMES (AFSSAPS/CEIP)

tion. Seule la base DRAMES (Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances), placée sous la responsabilité de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), permet d'obtenir une description plus précise des substances psychoactives ayant provoqué ces décès, avec une attention particulière portée aux médicaments. Elle est actualisée chaque année grâce à la participation de laboratoires et des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) effectuant des analyses toxicologiques.

Malgré la diffusion constatée de la cocaïne en population générale et en population adolescente en particulier (voir chapitre 3.2), au cours de la décennie passée, le nombre de décès est demeuré stable sur ces dernières années, qu'il s'agisse des décès par surdose de cocaïne seule ou en association avec d'autres substances (tableau 1). La sous-estimation avérée du nombre de surdoses mortelles en France ne remet pas en cause ce constat. Une fois corrigés, les niveaux demeurent en deçà de ceux observés dans d'autres pays d'Europe de l'Ouest (tableau 2) [99].

… et dans d'autres pays d'Europe

À titre de comparaison, les décès par surdoses de cocaïne dans différents pays d'Europe sont présentés dans le tableau 2.

Les trois pays retenus présentent des similarités avec la France, notamment en termes de taille et de structure de la population. L'Italie est écartée de la comparaison car l'établissement des causes de décès se fonde sur une information circonstancielle, et non sur des analyses toxicologiques. Les différences de protocoles de publication des résultats (certains pays fournissent un nombre total alors que d'autres désagrègent les décès selon les substances détectées) ne permettent

Tableau 2 - Nombre de décès par surdoses dans divers pays européens

	Royaume-Uni [45]		**Allemagne** [153]		**Espagne** [52]	
	Cocaïne	Ensemble	Cocaïne	Ensemble	Cocaïne	Ensemble
2002	161	1 863	nd	nd	nd	667
2003	161	1 595	nd	nd	307	643
2004	192	1 691	132	1 104	281	679
2005	221	1 812	135	1 223	315	665
2006	224	1 800	129	1 169	257	518
2007	246	1 972	141	1 284	318	519
2008	325	2 231	106	1 326	255	540
2009	238	2 092	114	1 331	nd	nd

nd : non disponible.

Source : OEDT (rapports nationaux)

pas une comparaison stricto sensu des chiffres, mais autorisent tout de même un éclairage général.

Les résultats montrent que le nombre officiel de surdoses mortelles en France est sensiblement inférieur à celui des pays mentionnés. En termes d'évolution, les décès par surdose de cocaïne au Royaume-Uni ont fortement augmenté entre 2003 et 2008, avant de baisser en 2009. La baisse a débuté plus tôt en Allemagne, et la tendance demeure incertaine en Espagne, avec de fortes variations interannuelles. Quant aux prévalences (nombre de décès par usage de cocaïne rapporté aux décès par surdose dans leur en-semble), elles sont légèrement supérieures en France à celles observées au Royaume-Uni et en Allemagne. Elles restent en deçà du cas espagnol, où entre le tiers et la moitié des certificats de décès par surdose faisaient mention d'un usage de cocaïne (seule ou en association).

Autre spécificité française, la part des décès liés à un usage exclusif de cocaïne parmi l'ensemble des décès dus à des surdoses de cocaïne est relativement élevée (un peu moins de la moitié des cas entre 2006 et 2009), alors que le rapport cocaïne seule *vs* en association est de 1 à 7 en Allemagne. Cette tendance aux décès par polyconsommation est aussi de mise en Espagne, où la cocaïne est généralement associée à des opiacés illicites et, dans une moindre mesure, à l'alcool. Les surdoses liées à la cocaïne concernent généralement des individus masculins, mais il s'avère difficile de caractériser plus précisément ces usagers décédés, tant par manque d'information disponible que par la volonté expresse de protéger leur anonymat.

Repères méthodologiques

DRAMES, Bulletin statistique de l'OEDT

5.3 Addiction à la cocaïne : solutions thérapeutiques proposées et analyse de leur efficacité

Maitena Milhet, Tiphaine Canarelli

Si l'on dispose de solutions thérapeutiques validées telles que les traitements de substitution aux opiacés pour venir en aide aux usagers d'héroïne, ce n'est pas le cas pour les sujets consommant de la cocaïne. Les consommateurs problématiques de ce produit sont pourtant rencontrés au travers des différents dispositifs de prise en charge existants. La cocaïne ou le crack étaient ainsi les produits à l'origine de la prise en charge d'environ 5 % des patients vus dans les CSAPA en 2009 et, s'agissant des patients vus dans les CAARUD en 2010, respectivement 6 % et 8 % les ont signalé comme produit leur posant le plus de problèmes (voir chapitre 4.2 et 4.3). Différentes solutions thérapeutiques et/ou psychothérapeutiques ont toutefois été testées ou mises en œuvre selon les pays.

Ce chapitre présente les principaux résultats de la littérature internationale sur l'efficacité des traitements validés ou testés pour les usagers de cocaïne, tant en ce qui concerne les options pharmacologiques que « psychosociales ». Il s'appuie en particulier sur les revues de la littérature les plus récentes réalisées par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ainsi que par la Haute Autorité de santé (HAS) [61, 93]. Un point traite également des travaux de recherche menés jusqu'à présent au niveau international en matière de développement d'un vaccin anticocaïne.

Il faut rappeler que les connaissances en matière d'efficacité des traitements sont toujours en cours de constitution, en particulier en France. Elles nécessitent des précautions de lecture qu'il convient de rappeler dans un premier temps.

Des connaissances en cours de constitution

À ce jour, il n'existe pas de consensus sur ce que serait un traitement efficace pour lutter contre les usages problématiques de cocaïne. Aucune intervention thérapeutique visant ces usages n'a apporté la preuve incontestable de son efficacité. Selon les critères de bonnes pratiques retenus par l'OEDT, pour être qualifiée comme telle, une intervention devrait avoir fait la preuve de son efficacité dans le cadre d'études randomisées

contrôlées et être recommandée pour la pratique clinique sur la base d'un niveau de preuve suffisant. Toutefois, un certain nombre d'interventions peuvent apporter des bénéfices aux patients et d'autres, familières des équipes sans être pour autant spécifiques de la dépendance à la cocaïne, sont mises en œuvre auprès des usagers de cocaïne.

L'avancée des connaissances visant la mise au jour des traitements efficaces se heurte en effet à deux difficultés majeures. D'une part, le polyusage est la modalité de consommation la plus répandue parmi les usagers de cocaïne, alors que l'offre thérapeutique a tendance à être centrée sur un seul produit. D'autre part, massivement construit sur le modèle de la dépendance à l'héroïne, le dispositif de soins actuel n'est pas adapté au profil des usagers de cocaïne, d'autant qu'il n'existe pas de pharmacothérapie analogue aux produits de substitution pour la dépendance aux opiacés dans ce cadre.

Par ailleurs, il est à noter que l'essentiel des études d'évaluation des traitements ont été conduites aux États-Unis. Leurs résultats ne sont donc pas exportables en l'état, certaines modalités thérapeutiques fortement marquées par la culture professionnelle du pays ne pouvant être transposées en France sans adaptation préalable.

Enfin, il faut souligner que les connaissances concernent essentiellement les interventions réalisées auprès d'usagers de cocaïne problématiques ou déjà en traitement, alors que des interventions précoces peuvent être réalisées auprès d'usagers à des stades de consommation précédant l'abus ou la dépendance [93]. De même, des stratégies d'autocontrôle sont souvent mises en œuvre par les usagers en dehors du recours à un professionnel de santé. Ces stratégies les protègent du passage vers un usage problématique ou bien leur permettent de revenir à un usage contrôlé après une phase de consommation intensive incontrôlée (voir chapitre 4.4).

La pharmacothérapie

Sans commune mesure avec celui de l'héroïne, le syndrome de sevrage de la cocaïne ne nécessite généralement pas de traitement médicamenteux. Aussi, l'objectif principal poursuivi par les pharmacothérapies est la prévention de la rechute et le maintien de l'abstinence. Un grand nombre d'agents pharmacologiques appartenant à des classes différentes sont testés dans cet objectif depuis une vingtaine d'années. Les pharmacothérapies suivent deux stratégies principales : bloquer les effets positifs de la cocaïne par des antagonistes de la dopamine ou au contraire faciliter la transmission dopaminergique par des agents pharmacologiques de type agonistes dopaminergiques tel que le disulfirame (Espéral®). Des renforçateurs du système GABA-ergique comme le topiramate (Epitomax®) ou le baclofène sont également à l'étude. C'est le cas également de certains agents glutamatergiques comme le N-acétylcystéine ou encore le modafinil (Modiodal®).

Contrairement au traitement de la dépendance aux opiacés, il n'existe pas actuellement d'option pharmacologique qui aide les usagers de cocaïne dépendants à réduire leurs consommations ou la force du *craving* (envie incontrôlable), ou bien à atteindre et maintenir durablement une abstinence. Il n'existe d'autre part aucun antidote spécifique en cas

de surdosage (overdose) de cocaïne. En France, aucun agent pharmacologique n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des symptômes et complications liés à l'usage de cocaïne. Pour autant, un certain nombre de médicaments sont utilisés et ont montré, dans des études cliniques, des résultats encourageants pour réduire les consommations et le *craving* (voir encadré).

Une revue de la littérature couvrant la période 1966-2000 a pu examiner 49 études d'efficacité de qualité méthodologique satisfaisante portant sur différents agents pharmacothérapeutiques (20 sur des antidépresseurs, 5 sur la carbamazépine, 13 sur des agonistes de la dopamine et 11 sur d'autres molécules, dont la phénytoïne, le lithium, la naltrexone, la nimodipine) [175]. Sur l'ensemble des études, en général, la proportion de patients qui restent en traitement est analogue parmi ceux qui reçoivent un médicament ou un placebo.

Des revues de la littérature plus récentes montrent que la plupart des pharmacothérapies donnent des résultats non concluants. Seul le disulfirame permet d'obtenir des effets plus satisfaisants qu'un placebo en termes de maintien des patients en traitement (dans deux études) et de réduction de l'usage (dans une étude) [177, 194-195]. Dans le cadre de son recensement des bonnes pratiques thérapeutiques, l'OEDT classe cette option thérapeutique parmi les interventions « susceptibles d'être bénéfiques au patient ».

Enfin, des études ont aussi cherché, sans résultats concluants, à démontrer l'efficacité des psychostimulants et des antipsychotiques pour obtenir une abstinence de cocaïne s'agissant des premiers, ou pour lutter contre la dépendance à la cocaïne concernant les seconds. Les psychostimulants se révèlent également inefficaces pour diminuer la consommation de cocaïne, réduire les abandons de traitement liés à des événements indésirables, ou pour augmenter la rétention en traitement. De même, aucune preuve n'existe concernant l'efficacité des anticonvulsivants pour lutter contre la dépendance à la cocaïne.

L'encadré suivant reprend les options pharmacothérapeutiques envisageables, en particulier en France.

Les traitements médicamenteux proposés

Aucun agent pharmacologique ne bénéficie actuellement en France d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des symptômes et des complications liés à l'usage de cocaïne, même si de nombreux essais menés depuis plus de vingt ans ont permis d'identifier des agents pharmacologiques pouvant être utilisés dans les divers objectifs cités ci-dessus. Sont ainsi utilisés, toujours hors AMM :

- pour la gestion du sevrage : N-acétylcystéine (NAC, Mucomyst®), traitement mucolytique, antidote du paracétamol, agent glutamatergique qui agirait sur la diminution des symptômes de sevrage et sur le *craving* ;

...

• • •

■ pour la prévention de la rechute : le topiramate (Epitomax®) médicament anti-épileptique et antimigraineux ou le disulfirame (Espéral®), agoniste dopaminergique ;
■ pour contrecarrer les effets d'une intoxication aiguë à la cocaïne : traitement symptomatique des complications qu'elles soient vasculaires ou neurologiques du fait de leur gravité potentielle. Les anticonvulsivants n'ont toutefois pas fait preuve de leur efficacité en cas d'épilepsie induite. En cas de symptomatologie psychiatrique, les benzodiazépines de demi-vie longue peuvent être utilisées sur une courte durée (moins de 2 semaines) et sous contrôle médical strict. Des antipsychotiques peuvent également être proposés en cas de symptômes hallucinatoires ou délirants (mais non en première intention).

Il n'existe d'autre part aucun antidote spécifique en cas de surdosage (overdose) de cocaïne.

Autre renforçateur GABA-ergique comme le topiramate, le baclofène (antispastique utilisé dans certaines indications neurologiques) est également à l'étude dans le traitement de la dépendance à la cocaïne car il diminue les effets renforçateurs et les comportements de recherche de la cocaïne et aurait des effets sur le *craving* [104, 106].

Le modafinil (Modiodal®), agent glutamatergique utilisé dans le traitement de la narcolepsie et dans l'hypersomnie idiopathique du fait de ses propriétés psychostimulantes, pourrait réduire le syndrome de sevrage en cocaïne [104, 106]. Divers essais ont eu lieu et cette molécule est actuellement étudiée au même titre que le méthylphénidate (Ritaline®/Concerta®) comme approche substitutive de la dépendance aux psychostimulants [104]. Ce dernier est prescrit dans le trouble hyperactif avec déficit de l'attention, dont 30 % des sujets dépendants à la cocaïne souffriraient.

Certains antidépresseurs sont également à l'essai puisque leur recours est sous-tendu par les signes dépressifs observés à l'arrêt de la cocaïne. Le déficit prolongé en sérotonine en cas de consommation chronique de cocaïne explique également le recours aux antidépresseurs agissant en régulant pour partie les systèmes sérotoninergiques. Il semblerait toutefois que ces molécules ne soient pas très efficaces.

La carbamazépine (Tégrétol®) est un anticonvulsivant mais aussi un régulateur de l'humeur qui n'a pas fait preuve de son efficacité pour réduire l'usage de cocaïne.

Les antipsychotiques (halopéridol, risperdone notamment) ne doivent pas être prescrits en cas de dépendance. L'aripiprazole (Abilify®), antipsychotique atypique prescrit dans la schizophrénie et dans le trouble bipolaire, est toutefois une piste intéressante pour la dépendance à la cocaïne via son activité de régulation dopaminergique et sa diminution potentielle du *craving* [106].

Le bupropion (Zyban®), inhibiteur de la recapture de la dopamine, a également fait l'objet d'essais cliniques. Il ne réduirait pas la consommation de cocaïne mais aurait un effet bénéfique significatif chez des patients présentant une comorbidité dépressive [104].

Les prises en charge « psychosociales »

Approche théorique et impact avéré

Les prises en charge « psychosociales » combinent des éléments issus de trois ensembles de théories : cognitives, émotionnelles et comportementales, incluant les théories de l'apprentissage social. Le terme « psychosocial » est ici employé au sens qui lui est donné par l'OEDT ; il concerne donc également les psychothérapies. Ces théories fournissent un cadre conceptuel pour comprendre la dépendance à la cocaïne ainsi qu'une base pour développer diverses techniques thérapeutiques. La consommation abusive et la dépendance à la cocaïne sont ainsi considérées comme des comportements appris, devenus conditionnés, mais qui peuvent être modifiés.

Ce type de prises en charge vise à doter l'usager de ressources personnelles lui permettant de faire face à tous les stimuli susceptibles de provoquer la rechute. Ces ressources recouvrent aussi bien le système de croyances, les émotions, les pensées, que le style de vie du patient. Les solutions thérapeutiques proposées reposent donc sur les thérapies cognitivo-comportementales, sur des techniques purement comportementales (comme le management des contingences) ou encore sur d'autres méthodes (« drug counseling »[126]), toutes détaillées ci-après.

S'agissant du traitement de la dépendance à la cocaïne, le nombre d'interventions psychosociales ayant fait l'objet d'une évaluation rigoureuse est limité. Bien qu'ancienne, l'unique étude d'évaluation randomisée contrôlée à avoir examiné de façon systématique l'impact des interventions psychosociales dans le champ des addictions a précisément porté sur la dépendance à la cocaïne [44]. L'efficacité des quatre types d'interventions suivantes y a été comparée : la psychothérapie cognitive, la psychothérapie psychodynamique, et le drug counseling, individuel ou collectif. Il résulte que toutes ces interventions ont conduit à une réduction significative de la dépendance. Les psychothérapies montrent un impact plus important sur le taux de maintien en traitement, l'impact du drug counseling étant plus marqué sur le taux d'abstinence.

Les éléments suivants sont rapportés dans les revues de littérature les plus récentes.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

L'objectif global de ce type de thérapies consiste à favoriser l'apprentissage de comportements alternatifs à l'usage de cocaïne et de stratégies d'autocontrôle luttant contre les facteurs cognitifs et environnementaux favorisant les conduites de consommation. Dans l'ensemble, ce type d'intervention thérapeutique est considéré comme « susceptible d'être bénéfique au patient » par l'OEDT. Comparée à celle du drug counseling, l'efficacité de ces thérapies a été montrée en termes de réduction de l'usage de la cocaïne et de baisse des abandons de traitement [111]. Comparées aux psycho-

126. Cette approche part du principe que l'usage de drogue procède de dimensions biopsychosociales qui évoluent de façon chronique et invalidante. L'intervention thérapeutique est conduite à partir d'entretiens individuels ou collectifs.

thérapies classiques, ces thérapies semblent montrer de meilleurs résultats pour les très gros consommateurs de cocaïne [201]. Elles paraissent également particulièrement adaptées aux usagers présentant des capacités intellectuelles élevées ou des comorbidités dépressives [168].

Entraînement aux compétences pour faire face

La dépendance à la cocaïne est considérée comme une réponse inadaptée pour faire face aux pressions ressenties par le sujet. Des stimuli peuvent en effet devenir des déclencheurs de consommation s'ils ont été régulièrement associés à la cocaïne. L'entraînement aux compétences pour faire face (*coping skills training*) a donc pour but de développer un ensemble de compétences cognitives et comportementales pour faire face aux situations déclenchant la consommation. Il peut être utilisé pour initier l'abstinence, en tant que programme structuré et bref (12 semaines). Il recherche la réduction de l'exposition aux stimuli entraînant la consommation d'alcool et de cocaïne, le renforcement motivationnel (exploration des conséquences positives et négatives de la consommation), l'identification des situations à risque et des pensées dangereuses qui peuvent susciter des envies de consommer.

L'entretien motivationnel

Fondé sur des approches cognitivo-comportementales, l'entretien motivationnel est utilisé comme intervention de court terme. Il vise à aider le patient à changer de comportement dans le cadre d'un processus de changement en plusieurs étapes, en stimulant sa motivation et en explorant l'ambivalence de sa conduite vis-à-vis de la cocaïne. Utilisé en France et dans un certain nombre de pays européens, l'entretien motivationnel n'a toutefois pas fait la preuve de son efficacité. Seul, il n'a pas d'impact sur le taux d'abstinence et les études conduites n'ont pas permis de trancher en faveur de son impact sur la rétention en traitement ou l'amélioration de la qualité de vie [93]. Il doit être combiné à d'autres stratégies psychothérapeutiques pour avoir un effet sur le suivi, l'adhésion à la prise en charge et la réduction de la consommation.

La gestion des contingences

Stratégie thérapeutique purement comportementale, la gestion des contingences consiste à renforcer la conduite abstinente du patient à l'aide de récompenses délivrées, par exemple, sous forme de bons d'achat (*vouchers*), de nourriture ou de biens[127]. À ce jour, ce type de stratégie a montré des résultats prometteurs dans le traitement de la dépendance à la cocaïne. Constaté sur le court terme, son effet devrait être combiné à une autre approche thérapeutique (TCC notamment) pour être prolongé. Il s'agit toutefois d'une approche typiquement américaine, très peu mise en œuvre en Europe.

Les thérapies familiales

Le terme de thérapie familiale est utilisé pour décrire une variété d'inter-

127. Pour un descriptif complet du programme thérapeutique correspondant, voir les « Recommandations de bonne pratique de la HAS » [93].

ventions dont le point commun est d'inclure les proches du patient dans le traitement, de façon plus ou moins importante. L'intégration de la famille dans le processus thérapeutique peut être très positive concernant les adolescents usagers de cocaïne. On ne dispose pas de données récentes sur l'impact de ces stratégies thérapeutiques, mais deux études cliniques randomisées plus anciennes ont montré que l'implication de la famille conduisait à de meilleurs résultats qu'en l'absence de celle-ci au cours du traitement [70, 125].

Autres thérapies : 12 steps, acupuncture

Originaire des États-Unis, la méthode dite des 12 étapes (*12 steps program*) s'appuie sur la philosophie de l'autosupport développée par les Alcooliques anonymes puis par les Narcotiques anonymes. L'abstinence y est considérée comme la seule solution à l'addiction, perçue comme une maladie incurable. Pour cela, l'usager doit reconnaître le dommage qu'il s'inflige et inflige aux autres en consommant et, si possible, en faire amende honorable dans le cadre de groupes de parole. Il n'existe quasiment pas de recherche évaluant l'efficacité d'une telle approche. Quelques études en soulignent néanmoins des bénéfices possibles concernant des usagers dépendants à la cocaïne pour réduire leur usage du produit [199] ou atteindre l'abstinence [44].

L'utilisation de l'acupuncture afin de lutter contre le *craving* de cocaïne gagne en popularité à travers l'Europe. Pour autant, les études évaluant l'impact de cette stratégie thérapeutique obtiennent des résultats contradictoires et le bénéfice procuré ou non par l'acupuncture n'est pas documenté de façon rigoureuse. De récentes revues de la littérature confirment que les données actuelles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de l'acupuncture comme traitement de l'addiction à la cocaïne [85, 108]. Un effet positif relaxant est toutefois noté en pratique clinique et l'acupuncture peut amorcer l'adhésion du patient à une démarche thérapeutique faisant office de levier vers les autres stratégies thérapeutiques [5, 201].

L'immunothérapie active ou le vaccin anticocaïne

Depuis le début des années 1990, des équipes de chercheurs tentent de développer un vaccin anticocaïne. Sur le même principe qu'en infectiologie, où le vaccin a pour but de produire des anticorps protecteurs après une stimulation antigénique[128], le vaccin anticocaïne a pour objectif de produire des anticorps spécifiques bloquant et inactivant la cocaïne avant son franchissement de la barrière hématoencéphalique. Ce blocage vise à empêcher l'apparition des effets « positifs » et stimulants de la cocaïne [92, 176]. Des premières études ont ainsi été menées aux États-Unis, tout d'abord sur des modèles animaux (rongeurs), en se fondant sur le principe de l'obtention d'une réponse immunitaire (production d'anti-

128. Le vaccin est composé d'une substance antigénique inactivée ou atténuée (d'origine virale ou bactérienne) permettant la production d'anticorps aptes à se réactiver une fois en présence du véritable agent infectieux actif. L'immunité active engendrée par le vaccin est plus ou moins durable en fonction des vaccins, ce qui impose donc pour certains d'entre eux des injections de rappel régulières afin que le taux d'anticorps protecteurs soit toujours suffisamment élevé.

corps spécifiques) après des injections répétées d'un vaccin composé d'un antigène (succinyl norcocaïne) lié à une protéine porteuse (toxine cholérique B le plus souvent)[129] [92, 109, 149].

Par la suite, l'application de cette modalité de recherche au niveau humain a permis la réalisation de plusieurs travaux. Parmi eux, une première étude randomisée de grande ampleur [124] a été menée entre 2003 et 2005 dans une clinique de New Haven (Connecticut) auprès de 115 sujets consommateurs réguliers de cocaïne, par ailleurs dépendants à l'héroïne et ayant bénéficié d'un traitement par méthadone[130]. Douze semaines après le lancement de l'enquête, les sujets ont reçu soit 5 injections de vaccin[131] (n = 58), soit 5 de placebo (n = 57). Parmi ceux ayant bénéficié du vaccin, seuls 38 % (n = 21) ont produit des anticorps anticocaïne (IgG) à des taux suffisants (43 µg/ml dans cette étude) pour empêcher l'apparition d'effets stimulants[132]. Il a d'autre part été retrouvé chez ces sujets significativement plus d'échantillons urinaires libres en métabolites de la cocaïne ainsi qu'une plus forte diminution de consommation de ce produit (de moitié) sur la période d'étude que chez ceux ayant bénéficié d'une réponse basse en anticorps ou ayant reçu le placebo. Le fait d'avoir reçu un vaccin et d'avoir atteint un taux suffisant d'anticorps est donc corrélé dans cette étude à un blocage du passage de la cocaïne au niveau intracérébral, blocage toutefois limité dans le temps puisqu'il n'a été objectivé de façon adéquate que sur une durée limitée de deux mois.

Un autre travail mené sur la même période auprès de dix sujets dépendants à la cocaïne ayant bénéficié de 4 injections de ce vaccin a d'autre part montré que les effets positifs de la cocaïne habituellement ressentis (en termes de « bon effet » et de « qualité de produit ») étaient nettement moins intenses chez les sujets ayant préalablement produit une quantité suffisante d'anticorps[133] [92].

Toujours aux États-Unis sont également parus en 2011 les résultats d'une expérimentation sur des souris fondée sur un couplage vaccinal entre un analogue cocaïnique et une protéine virale (adénovirus désactivé) [94]. Selon les auteurs, une concentration suffisante en anticorps aurait, là encore, permis de suspendre de manière prolongée l'hyperactivité induite par la cocaïne.

Au regard de ces différentes expérimentations animales et humaines, il semble que ce vaccin anticocaïnique soit une option thérapeutique intéressante [106], à la condition que le modèle vaccinal soit optimisé pour permettre une action pérenne (avec des injections de rappel pour maintenir des taux d'anticorps suffisants) et qu'il soit possible que la part des sujets produisant le niveau d'anticorps

129. La cocaïne étant une molécule de très petite taille (haptène) qui ne peut induire seule une réponse immunitaire, elle doit, pour être active, être liée à une protéine porteuse.

130. Étude menée pendant 24 semaines chez des sujets âgés de 18 à 46 ans. Les concentrations urinaires de métabolites de cocaïne étaient recherchées 3 fois par semaine au cours de l'étude.

131. Vaccin TA-CD associant succinyl norcocaïne et toxine cholérique B.

132. Les effets stimulants et plus particulièrement euphoriques ont un rôle addictif important (mécanisme de renforcement positif).

133. Les prises de cocaïne par voie fumée se faisaient en milieu hospitalier sous contrôle médical.

souhaité soit majorée [109, 124]. Il existe en effet de grandes variabilités interindividuelles concernant la production d'anticorps [92], et la plupart des études rapportent que 25 % à 30 % de patients vaccinés n'en obtiennent pas un niveau suffisant pour que le vaccin soit efficace [106, 109]. Certains auteurs émettent également l'idée d'adjoindre à ce vaccin une molécule synthétique qui favoriserait, grâce à des propriétés enzymatiques, la dégradation des molécules de cocaïne et renforcerait ainsi l'action vaccinale[134] [109]. Si cette piste thérapeutique venait à se préciser[135], le vaccin ne devrait toutefois pas être envisagé comme un traitement exclusif mais comme partie intégrante d'une offre thérapeutique plus large, tenant compte également de la prise en charge psychologique et sociale de l'individu[136] dont la motivation aux soins doit rester primordiale.

Ce vaccin soulève également des questionnements d'ordre éthique [61, 90], comme celui du consentement (une personne dépendante serait-elle toujours en mesure d'accepter ou non ce traitement ?) ou de l'obligation des soins (certains États pourraient-ils imposer le vaccin à des individus considérés comme à risque en vue de réduire une criminalité associée à la dépendance à la cocaïne ?). L'utilisation potentiellement préventive des traitements soulève également des interrogations relatives à la nature des populations cibles (adolescents, voire enfants, avec facteurs de risques environnementaux ou familiaux ?) et à celle des décideurs (les parents ont-ils par exemple le droit de décider de ce type de vaccin pour leurs enfants mineurs ?) [90]. La mise à disposition d'un tel vaccin devra donc être précédée par la résolution de ces interrogations et par l'obtention d'un consensus à la fois scientifique[137] et politique.

Conclusion

Bien qu'aucun traitement médicamenteux ne soit validé, de nombreuses pistes thérapeutiques prometteuses favorisées par les progrès scientifiques récents – notamment en neurobiologie et en imagerie cérébrale – sont en cours d'évaluation. Il paraît d'autre part nécessaire de combiner différentes armes thérapeutiques, médicamenteuses et psychothérapeutiques, à différents moments du suivi des patients (sevrage puis prévention de la rechute) pour renforcer l'efficacité des traitements. La piste du vaccin anticocaïne est également à prendre en considération.

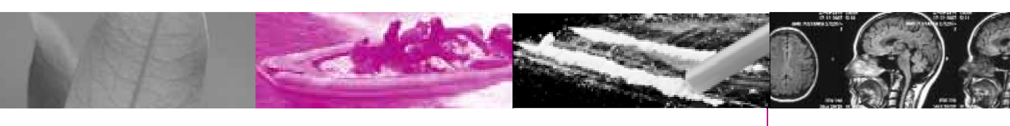
134. Couplage entre immunothérapie active et passive. L'immunothérapie passive est fondée sur l'administration d'anticorps monoclonaux ayant pour but de détruire la molécule par production de métabolites inactifs.

135. Certains auteurs s'inquiètent d'un éventuel risque de « déviance » de patients qui pourraient être amenés à augmenter leur prise de cocaïne pour contrecarrer le blocage vaccinal et présenter alors des risques d'overdose.

136. Des recherches de développement vaccinal du même type sont également en cours dans le cadre de la dépendance à la nicotine.

137. Selon Hall [90], le recours potentiel au vaccin devrait être très réfléchi, en particulier chez les adolescents. Ceci pour son coût potentiel (en termes de développement – vaccin et doses de rappels – et d'application) et pour les comportements à risques qu'il pourrait engendrer (consommation de cocaïne chez des jeunes qui voudraient « tester » l'efficacité du vaccin).

6



Cadre légal, politique publique et pratiques professionnelles

Cadre légal, politique publique et pratiques professionnelles

Le cadre légal régissant les dispositions pénales et sanitaires liées aux drogues est avant tout défini par les conventions internationales, au premier rang desquelles la Convention unique de 1961 et celle de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Reprenant les engagements internationaux de la France, la loi du 31 décembre 1970 régit la politique nationale de lutte contre l'usage et le trafic de drogues et s'applique à toute substance classée comme stupéfiant, sans distinction (contrairement à ce qui s'opère dans d'autres pays), tant pour la prise en charge sanitaire que pour la répression. Cette loi punit ainsi l'usage de cocaïne et de crack comme un délit, même si les réponses pénales se sont diversifiées au fil des ans, privilégiant les alternatives thérapeutiques aux poursuites pour les simples usagers. L'achat et la détention sont également sanctionnés comme des délits, tout comme l'incitation à l'usage. Enfin, le trafic est de plus en plus fortement réprimé depuis une dizaine d'années, avec de nouvelles infractions et des peines aggravées.

Sur le plan sanitaire, la loi de 1970 impose l'anonymat et la gratuité durant la prise en charge, pour favoriser l'accès aux soins des usagers. Les dispositifs d'aide auxquels les consommateurs de cocaïne et de crack peuvent s'adresser sont les mêmes que ceux utilisés par les autres usagers de drogues : les centres spécialisés (CSAPA et CAARUD), les communautés thérapeutiques et la médecine de ville ou hospitalière. Néanmoins, certains lieux de prise en charge visent en priorité les usagers de cocaïne et de crack. En complément des actions centrées sur l'injection, des recommandations scientifiques prônent la mise en place d'outils spécifiques de réduction des risques chez les usagers de cocaïne et de crack.

Face à l'absence de traitement de substitution propre à la cocaïne, à la pharmacologie de cette substance et à l'hétérogénéité des profils de ses consommateurs, la Haute Autorité de santé a entamé une réflexion et publié récemment des recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne, destinées aux professionnels de santé en lien avec ces populations, qu'ils soient spécialisés en addictologie ou pas. Ce référentiel tend à améliorer le repérage et la prise en charge des usagers de cocaïne et à déterminer les stratégies thérapeutiques les plus efficaces pour arrêter de consommer.

Les professionnels rapportent en effet une difficulté de repérage des consommations problématiques de cocaïne, et plus encore de traitement en l'absence de protocoles thérapeutiques adaptés.

Certains addictologues expérimentent, en dehors de tout protocole validé, des traitements médicamenteux non spécifiques contre la dépendance à la

cocaïne. Des solutions adaptées propres à chaque public sont aussi préconisées, comme le fait de privilégier un contact durable et suivi plutôt qu'une solution médicamenteuse, peu adaptée pour les usagers de crack précaires, ou une prise en charge « hors les murs » afin de poursuivre une vie sociale et professionnelle normale pour les patients insérés. Finalement, lorsqu'il y a demande, elle se manifeste surtout sous la forme d'un besoin d'information ou de soins d'urgence consécutifs à une consommation de cocaïne.

En matière de prévention de l'usage de drogue, conformément à la loi, les actions reposent sur une approche généraliste, avec un rappel de l'interdit et une information sur les risques sanitaires et sociaux. Hormis dans le milieu professionnel, où elle est traitée avec les drogues les plus répandues (tabac, alcool et cannabis), la cocaïne ne fait guère l'objet d'actions de prévention ciblées, surtout en milieu scolaire. Les campagnes centrées uniquement sur la cocaïne sont donc encore rares.

Les interpellations incriminant la cocaïne (forme chlorhydrate ou crack) représentent 3,5 % des interpellations pour usage de stupéfiants et 12,7 % de celles pour usage-revente ou trafic en 2010, ce qui en fait le troisième produit en cause, derrière le cannabis et l'héroïne. Ces interpellations ont augmenté ces vingt dernières années, quel qu'en soit le motif, mais à un rythme plus soutenu pour l'usage que pour la revente ou le trafic.

Plus de 85 % de ces interpellations concernent des hommes. Néanmoins, le profil sociodémographique diffère selon la forme de la substance : les usagers de cocaïne interpellés ont une situation sociale moins précaire et sont un peu plus jeunes que ceux de crack (30 ans *vs* 33 ans), ces derniers étant principalement concentrés dans les départements d'outre-mer de la région atlantique et en Seine-Saint-Denis.

Les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont surreprésentées chez les interpellés pour usage tandis que la part des catégories aisées et des élèves-étudiants a sensiblement progressé depuis 1990. Les usagers-revendeurs et les trafiquants interpellés se caractérisent quant à eux par une forte proportion de personnes sans emploi et de nationalité étrangère.

Bien qu'il soit impossible de définir le produit en cause et de comparer stricto sensu le fichier des interpellations et celui des condamnations, la tendance générale des suites judiciaires pour usage est caractérisée, depuis une décennie, par un traitement pénal plus systématique, avec moins de condamnations et plus de mesures alternatives (70 % des affaires). Il est difficile de suivre le sort des personnes interpellées pour trafic et usage-revente, mais le taux de condamnation est semble-t-il bien plus élevé que pour l'usage (51 % *vs* 14 %).

6.1 Cadre légal et sanitaire : textes et dispositifs

Ivana Obradovic, Cristina Díaz Gómez

Ce chapitre précise les dispositions pénales et sanitaires prévues par la loi envers les usagers et les trafiquants de cocaïne et de crack. Néanmoins, il ne s'agit pas de dispositions qui visent spécifiquement telle ou telle drogue illicite puisque la plupart des textes réglementant l'usage et le trafic de stupéfiants ou la prise en charge sociale et sanitaire des consommateurs de drogues sont à vocation généraliste.

Cadre fixé par les traités internationaux

Le cadre juridique international de référence a été fixé par trois conventions internationales : la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (qui classe la feuille de coca et la cocaïne dans le tableau I, regroupant les plantes et les substances présentant un « important risque d'abus et de danger pour la santé » soumises, à ce titre, au contrôle le plus rigoureux), la Convention sur les psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de 1988 (voir chapitre 1). Ces traités internationaux lient les États signataires[138] et les obligent à transposer plusieurs principes dans leur législation. Ils doivent mettre en place des institutions nationales chargées du contrôle des stupéfiants, établir une classification nationale des stupéfiants au moins aussi stricte que celle retenue dans les conventions, coopérer avec les institutions de l'Organisation des Nations unies (ONU) dans leur activité de contrôle des stupéfiants et mettre en œuvre un certain nombre de dispositions pénales et sanitaires dédiées, d'une part, à la lutte contre la détention et le trafic de drogues illicites, et, d'autre part, à la diminution de la demande de drogues et à la réduction des risques associés à l'usage.

138. Le1er novembre 2010, 184 États avaient ratifié la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (telle que modifiée par le Protocole de 1972), selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) chargé de la surveillance du respect, par les États, des conventions internationales. Deux États (l'Afghanistan et le Tchad) n'ont toujours pas ratifié la Convention sous sa forme modifiée et 8 États n'ont pas ratifié la Convention : la Guinée équatoriale en Afrique, le Timor oriental en Asie et 6 pays d'Océanie (îles Cook, Kiribati, Nauru, Samoa, Tuvalu et Vanuatu).

Sur le plan pénal, les engagements internationaux de la France lui imposent d'incriminer et de poursuivre la détention et le trafic de stupéfiants. L'incrimination de l'usage en tant que tel est, en revanche, laissée à la discrétion de chaque pays.

Sur le plan sanitaire, à l'inverse, les conventions sont peu contraignantes : la Convention unique de 1961, qui consacre un seul article aux considérations de santé publique, laisse aux États l'appréciation de la gravité des conséquences sanitaires liées aux drogues. Si elle enjoint les États de prendre « toutes les mesures possibles pour prévenir l'usage et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées » (art. 38-1), la création de services adaptés n'est imposée que lorsque les États sont en mesure de mobiliser les ressources nécessaires. Le Protocole de Genève de 1972 (portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961) va plus loin en matière de prescription de politique publique en explicitant la nécessité d'articuler les volets pénal et sanitaire. Tout en prévoyant un renforcement des mesures d'extradition des trafiquants, il suggère de moduler les sanctions applicables aux usagers qui peuvent se voir ordonner des mesures judiciaires à orientation sanitaire, socio-éducative ou sociale. Sur le plan de la réduction de la demande, enfin, les conventions plaident pour l'extension des mesures « classiques » visant la prévention de l'abus de drogues et l'abstinence, même si elles n'interdisent pas l'adoption de mesures de réduction des risques. Cependant, l'interprétation restrictive que les instances supranationales[139] chargées de surveiller l'application des conventions internationales font de leurs mandats, les a amenées à prendre des positions défavorables au développement de la politique de réduction des risques dans les États. De nombreuses mises en garde ont ainsi été adressées aux gouvernements par l'OICS au cours des deux dernières décennies [142-144, 146] : en 1998 et 2000, par exemple, l'OICS a rappelé aux États que « les mesures de réduction des risques ne doivent pas se développer au détriment des autres actions » ; en 2003, de nouveau, l'OICS a recommandé « d'évaluer l'impact général de l'adoption de ces mesures qui peuvent être utiles à une personne ou à un groupe mais qui ont des conséquences néfastes aux plans national et international » ; en 2010, l'OICS a déclaré « illégale » la mise à disposition des salles de consommation. Toutefois, comme l'illustrent les derniers rapports annuels de l'OICS en 2009 et 2010 [145-146], le soutien de cette instance supranationale aux programmes d'échange de seringues en prison par exemple met en évidence des positions progressivement plus favorables à la réduction des risques.

En accord avec les conventions internationales, la loi française du 31 décembre 1970 relative aux « mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de stupéfiants » s'est efforcée de concilier les objec-

139. Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

tifs de répression et de santé publique. Elle interdit l'usage (public et privé) et le trafic de toute substance classée comme stupéfiant. La loi de 1970 prévoit également une alternative à la sanction pour les usagers de drogues et pose les bases juridiques leur permettant de bénéficier d'une prise en charge sanitaire (art. L.3411-1 du Code de la santé publique – CSP). Elle constitue le cadre fondateur de la politique française de lutte contre l'usage et le trafic depuis plus de quarante ans.

Dispositions pénales en vigueur en France

La loi de 1970 réprime l'usage et le trafic de stupéfiants. Les sanctions pénales encourues sont proportionnelles à la gravité de l'infraction.

Sanction de l'usage et alternatives sanitaires

Aux termes de la loi de 1970, l'usage de cocaïne, de crack ou de tout autre stupéfiant constitue un délit pour lequel la peine encourue peut aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende (art. L.3421-1 du CSP). Dans le même temps, la loi prévoit une alternative thérapeutique qui permet au contrevenant d'éviter les poursuites s'il accepte de se faire soigner, de façon anonyme et gratuite (art. L.3423-1 à art. L.3423-4 du CSP sur l'injonction thérapeutique). L'exécution de la mesure de soins ou de surveillance médicale est contrôlée par l'autorité judiciaire (art. L.3424-4 du CSP). Depuis la loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007, qui a modifié certains articles du Code de la santé publique, ces sanctions peuvent être accompagnées de l'obligation de suivre un stage payant de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Ce stage doit être exécuté dans un délai de six mois et son coût, qui peut aller jusqu'à 450 euros, est à la charge du condamné (art. R.131-35-1, R.131-46 et R.131-47 du Code pénal).

Ce cadre législatif généraliste a été modifié par les circulaires successives des ministères de la Justice et de la Santé qui se sont efforcées de résoudre l'ambiguïté fondamentale de la loi, qui considère l'usager à la fois comme délinquant et comme malade, en appelant les procureurs et les juges à différencier les usagers selon le produit et le mode d'usage et à privilégier des soins adaptés aux différents profils de consommateurs. Ainsi, par exemple, la circulaire du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des applications de l'injonction thérapeutique précise-t-elle les cas où l'injonction thérapeutique doit être appliquée (usage d'héroïne ou de cocaïne, usages massifs et répétés de cannabis ou associés à d'autres produits comme les médicaments ou l'alcool).

La loi de 1970 pénalise également les « actes préparatoires à l'usage » (achat, détention). L'acquisition ou la détention sont ainsi passibles de peines maximales de 10 ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende (art. 222-37 du Code pénal), même si, en pratique, les peines d'emprisonnement de 5 ans et plus ne représentent que 1% des peines d'emprisonnement prononcées. La loi de 1970 punit en outre la provocation à l'usage de cocaïne et de stupéfiants en général (par la publicité, l'incitation ou la présentation sous un jour favorable) de peines maximales de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, même si l'incita-

tion est restée sans effet (art. L.3421-4 du CSP). Les peines sont aggravées lorsque l'incitation vise des mineurs (7 ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende).

Répression du trafic et des profits issus du trafic

La loi prévoit un volet de répression du trafic et des profits issus du trafic[140]qui a été renforcé, depuis la fin des années 1990, par une trentaine de lois. Les peines prévues ont été aggravées, allant, pour certains trafics de stupéfiants, jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et de forts montants d'amende (jusqu'à 7 500 000 euros pour la production, la fabrication, l'importation, le transport ou la vente de produits stupéfiants). De nouvelles infractions ont été créées : l'offre et la cession pour usage personnel (instituée pour apporter une réponse spécifique aux actes commis par les usagers-revendeurs[141]) ou encore le blanchiment d'argent issu du trafic de stupéfiants (susceptible d'être qualifié en infraction criminelle, passible de la réclusion criminelle à perpétuité en cas de blanchiment d'argent lors de la direction ou de l'organisation d'un groupement ayant pour objet la production ou la fabrication de stupéfiants). Enfin, l'éventail des instruments juridiques à disposition des services répressifs a été élargi :

- les outils d'investigation policière et judiciaire dérogatoires au droit commun ont été multipliés : possibilité de comparution immédiate des usagers-revendeurs interpellés (depuis la loi du 17 janvier 1986), possibilité de garde à vue étendue jusqu'à 4, voire 6 jours, sur autorisation des magistrats, pour trafic de stupéfiants (depuis la loi du 14 avril 2011[142]) ;
- des innovations ont été introduites dans le Code pénal pour faciliter la remontée des filières de trafiquants : possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » créée par la loi du 9 mars 2004 ;
- les dispositions légales liées à la répression du blanchiment ont été étendues, permettant, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : depuis la loi du 13 mai 1996, toute personne qui ne peut justifier d'une source de revenus correspondant à son train de vie (voitures, voyages, etc.) et qui, sans trafiquer elle-même, est en relation habituelle avec un trafiquant ou des usagers de stupéfiants, risque une peine maximale de 5 ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende (art. 222-39-1 du Code pénal visant le « proxénétisme de la drogue »).

En outre, en matière de trafic de stupéfiants, deux types de circonstances aggravantes peuvent désormais être envisagés : lorsque les faits sont commis dans les locaux de l'administration, ou encore auprès de mineurs ou à proximité des centres d'enseignement ou d'éducation. La loi de prévention de la délinquance du

140. Voir art. 222-34 et suivants du Code Pénal et articles 414 et 415 du Code des douanes.

141. L'offre et la vente de produits stupéfiants à une personne pour sa consommation personnelle (y compris en petite quantité et même à titre gratuit) exposent le contrevenant à une peine allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. La peine d'emprisonnement est doublée lorsque des stupéfiants sont vendus ou donnés à des mineurs, ou dans l'enceinte des établissements d'enseignement ou d'éducation, ou dans les locaux de l'administration.

142. Art. 706-73 et 706-88 du Code de procédure pénale.

5 mars 2007 prévoit ainsi des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende en cas de « provocation directe à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants dirigée vers un mineur ».

Comme pour toute infraction pénale, il s'agit de peines maximales prévues, laissant aux magistrats une grande marge d'appréciation et de choix entre les sanctions possibles aux différents stades de la chaîne pénale, ainsi que la possibilité d'y inclure, ou non, une dimension sanitaire : poursuites judiciaires ou alternative aux poursuites[143], incarcération ou alternative à l'incarcération[144], et autres solutions (voir chapitre 6.4).

Dispositions sanitaires et dispositifs de soins

Pour favoriser l'accès au système de soins, la loi de 1970 a établi l'anonymat des soins. Les professionnels de santé sont tenus au secret médical et l'anonymat ne peut être levé pour interpeller l'usager (art. 3414-1 du CSP). Dans ce même esprit, le texte de 1970 prévoit également la gratuité[145] du traitement spécialisé en addictologie (art. L.3411-2 et art. L.3414-1 du CSP). Depuis la loi du 27 juillet 1999 qui a instauré la couverture maladie universelle (CMU, couverture complémentaire santé gratuite), les personnes sans ressources ou à faible niveau de revenus peuvent, elles aussi, accéder de manière gratuite à la médecine de ville et à l'hôpital. La CMU exonère les usagers de drogues les plus démunis de l'obligation d'avancer des frais médicaux. Par ailleurs, les personnes n'ayant pas leur résidence en France peuvent prétendre à l'aide médicale de l'État (AME). En outre, depuis le décret du 18 janvier 1988, avec la mise en place du dispositif des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), l'accès au dépistage du VIH et des hépatites virales est effectivement anonyme et gratuit. Depuis la circulaire du 9 novembre 2009, la vaccination contre les virus d'hépatite est également gratuite. L'usager de drogues peut ainsi bénéficier d'un dépistage ou d'une vaccination contre ces maladies infectieuses dans un CDAG ou, depuis la circulaire du 28 février 2008, dans un CSAPA[146] (art. L.3411-4 et L.3121-2 du CSP).

L'accès des usagers de cocaïne et de crack peut se faire par le système judiciaire, dans le cadre d'une alternative aux poursuites (classement avec orientation sanitaire, injonction thérapeutique) ou d'une condamnation (obligation de soins) : la loi de 1970 prévoit en effet la possibilité d'une orientation vers une prise en charge sanitaire accessible à toute personne en demande de soins pour un problème d'usage de drogues (art. L.3411-1 du CSP). Les usagers peuvent aussi accéder à une prise en charge sanitaire de leur propre initiative.

143. Classement avec avertissement, classement avec orientation socio-sanitaire, injonction thérapeutique, par exemple.

144. Obligation de soins, amende, travail d'intérêt général, par exemple.

145. Ces dispositions ont pour but d'assurer la gratuité du traitement spécifique afin d'inciter les intéressés à se faire soigner volontairement, mais n'a pas pour objet d'assurer aux toxicomanes la gratuité de l'ensemble des soins rendus nécessaires par leur état de santé ; voir Livre IV du CSP, Titre premier sur l'organisation de la prise en charge sanitaire des toxicomanes, p. 354.

146. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Il existe pour l'ensemble des consommateurs trois types de structures spécialisées :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), crées par le décret du 14 mai 2007 (art. D.3411-1 à D.3411-9 du CSP). Ils regroupent les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en alcoologie prévus à l'article 3 de la loi de 1970 (art. 3411-1 du CSP). La plupart de ces structures proposent une prise en charge ambulatoire. Cette offre est complétée par des centres résidentiels de court séjour (durée moyenne du séjour de 90 jours) qui offrent un hébergement individuel ou collectif. Les usagers peuvent non seulement se faire soigner mais aussi se faire dépister. Certains CSAPA ont une activité complémentaire de consultations jeunes consommateurs (CJC), accueillant les plus jeunes usagers et leurs familles, quel que soit le produit (cannabis, alcool, cocaïne, etc.).
- les communautés thérapeutiques (CT), dispositif médico-social expérimental défini par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et dont les missions sont précisées par la circulaire du 24 octobre 2006, sont des structures d'hébergement de long séjour (un an, renouvelable une fois). L'apprentissage social est au centre de ce modèle thérapeutique, où les intervenants (médecins et éducateurs) doivent servir de modèle et où le soutien des pairs, le climat familial et la prise en charge individuelle doivent contribuer à créer un environnement propice à une évolution personnelle.
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), créés par la loi de santé publique du 9 août 2004, dont le cadre d'application a été précisé par la circulaire du 2 janvier 2006. Les CAARUD regroupent la plupart des anciens dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus ou équipes de proximité, programmes d'échanges de seringues, automates, *sleep in*).

Les usagers en demande de soins peuvent également rencontrer un professionnel de santé du dispositif de premier recours (médecin libéral, médecin du travail, urgentiste, etc.) ou encore bénéficier d'une consultation hospitalière spécialisée. Par ailleurs, pour déclencher un sevrage, l'hôpital dispose de lits en addictologie. L'usager peut ensuite se faire accompagner sur le plan médical et social par un CSAPA ou un médecin de son choix.

Contrairement aux politiques pénales, qui se veulent identiques pour tous les usagers de stupéfiants dès lors que le Code pénal ne différencie pas les produits, les politiques sanitaires peuvent être ciblées et viser spécifiquement les consommateurs de cocaïne et de crack. En matière de prévention des maladies infectieuses par exemple, le décret du 14 avril 2005, pris dans le cadre de la loi de la politique de santé publique du 9 août 2004, prévoit la mise à disposition d'outils de réduction des risques, dont le matériel permettant de fumer ou d'inhaler de la cocaïne ou du crack. Les politiques d'accès aux dispositifs sanitaires se différencient, en outre, de la mise en œuvre des politiques pénales par le fait qu'elles s'appuient sur l'expertise des professionnels de la recherche et des médecins. Ainsi le Plan de prévention des addictions 2007-2011 [127] et le Plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 [53] ont-ils recommandé d'adapter les outils de réduc-

tion des risques à la consommation de cocaïne sniffée et de crack sur la base d'évaluations scientifiques. Rappelons que, historiquement, la politique de réduction des risques s'est principalement centrée sur la prévention des risques liés à l'injection (décret « Barzach » du 13 mai 1987). Dans ce nouveau cadre s'inscrit la recherche-action financée en 2009 par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) auprès de consommateurs de crack. Ce projet vise à évaluer un nouvel outil de réduction des risques afin de limiter la transmission du VIH et des hépatites chez les consommateurs de crack fumé [101]. Dans le même esprit, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [126] a soulevé la nécessité d'apporter des réponses thérapeutiques adaptées aux consommateurs de cocaïne et de crack, notamment, dans le cadre de programmes expérimentaux de prise en charge[147] et à l'aide de guides de bonnes pratiques professionnelles (voir chapitre 6.2).

Repères méthodologiques

Base législative OFDT-MILDT

Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante

147. Le plan a ainsi permis de financer 5 projets d'accueil et de consultation en CSAPA pour des consommateurs de cocaïne et un projet d'accueil d'usagers de crack en CSAPA résidentiel (Instruction interministérielle du 17 janvier 2011).

6.2 Prise en charge des patients : pratiques professionnelles et recommandations

Cristina Díaz Gómez, Tiphaine Canarelli

Dans un contexte de plus grande diffusion de la cocaïne et de diversification des profils de ses consommateurs, il est apparu nécessaire de mieux prendre en compte les spécificités de ces usages et de mettre en place une prise en charge plus adaptée. Un état des lieux des réponses thérapeutiques qui leur sont offertes constitue une première étape. C'est dans ce contexte qu'une étude qualitative exploratoire a été commanditée par l'OFDT dès 2007 à l'observatoire régional de santé de Midi-Pyrénées [66]. Cette enquête apporte des éléments concrets, sur la base de témoignages et d'expériences de professionnels de santé et d'usagers, alors que la question des bonnes pratiques sanitaires a été récemment abordée par la Haute Autorité de santé [93].

Pratiques de prise en charge des professionnels de santé face aux demandes des usagers

Cent-sept entretiens ont été menés en 2007 (93 individuels et 14 collectifs). Tous ont eu lieu auprès de professionnels de soins impliqués dans des prises en charge d'usagers de drogues et en particulier de cocaïne. Les professionnels interrogés pouvaient être des intervenants (médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) exerçant dans des structures dédiées à l'addictologie (CSAPA[148], équipes de liaison en addictologie, structures de première ligne) ou dans le cadre de disciplines potentiellement concernées par la prise en charge de patients présentant des conséquences sanitaires liées à la consommation de cocaïne (urgences, cardiologie, neurologie, obstétrique et psychiatrie notamment). L'enquête s'est déroulée sur trois sites (Paris, Toulouse et Martinique) de mars 2007 à septembre 2008.

Peu de demandes de sevrage et de maintien de l'abstinence

La grande majorité des professionnels rencontrés rapporte que le niveau de demande relatif à un problème sanitaire consécutif à l'usage de cocaïne reste peu

148. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

élevé dans l'ensemble des dispositifs, à l'exception de ceux qui ont rendu visible une offre thérapeutique spécifique à ce produit[149], et pour qui le niveau de prise en charge a augmenté.

Les patients ou les usagers se présentent, en effet, presque toujours en situation de crise, à des moments où les problèmes sanitaires sont déjà très avancés (survenue d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus du myocarde, par exemple) et où le traitement sera réalisé en urgence et sans qu'il soit directement relié à la cause. La prise en charge de ces urgences sanitaires sera en effet identique quel que soit le facteur étiologique.

Quelques demandes d'information ou de « tranquillisation » après un épisode de consommation ayant induit des symptômes ou des conséquences néfastes sont également rapportées.

Pratiques professionnelles de repérage d'une consommation problématique

Le repérage de la consommation problématique de cocaïne est donc globalement très difficile ; en particulier pour les acteurs de soins non spécialisés en addictologie, puisqu'il y a peu de demandes de soins verbalisées. Il passe parfois par une demande d'information des professionnels sur le mode de consommation utilisé (sniff, mais aussi injection, voire inhalation à chaud). Quoi qu'il en soit, les professionnels de santé non spécialisés en addictologie soulignent globalement l'inexistence d'outils de repérage adaptés à la cocaïne ou au crack.

Absence de traitements ou de protocoles « labellisés »

Les professionnels de santé non spécialisés en addictologie rapportent qu'ils ne disposent pas véritablement de traitements spécifiques à l'usage de cocaïne et qu'il n'existe pas non plus de protocoles de soins particuliers.

Certains acteurs de soins spécialisés, peu nombreux, ont toutefois fait le choix d'expérimenter, sur des modes plus ou moins empiriques, des traitements pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques qui seraient efficaces dans le cadre d'une dépendance à la cocaïne (voir chapitre 5.3).

Propositions émergentes en termes de bonnes pratiques

Dans cette étude exploratoire, certains soignants insistent sur la nécessité de réaliser une évaluation régulière des traitements de manière à pouvoir les réajuster en permanence. Il est également préconisé, concernant les usagers précaires de crack, de maintenir un contact avec ces sujets, par le biais de consultations régulières. Ce lien prévaudrait alors sur les autres options de prise en charge, en particulier médicamenteuses, souvent complexes à mettre en place et à suivre au sein de cette population précaire. Ce contact

149. Il faut citer le cas particulier de la Martinique où la cocaïne est, avec le cannabis, le principal problème de consommation de substances illicites. Les structures de l'Hexagone n'ont en effet pas vocation, à quelques rares exceptions près, à traiter la cocaïne plus particulièrement que d'autres produits (voir chapitre 6.1).

et ce soutien sont d'autant plus importants que les structures de première ligne sont parfois vues comme des lieux de refuge au moment des cycles compulsifs de consommation. Certains intervenants précisent également que la prise en charge des patients parmi les plus insérés pourrait s'envisager autrement qu'au travers des types de dispositifs habituellement proposés (notamment l'hospitalisation complète), via une prise en charge externe (hôpital de jour ou prise en charge ambulatoire) adaptée aux impératifs professionnels de ces usagers.

Le recours à des traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques a d'autre part déjà été exploré dans différents pays[150] où des protocoles de soins ont parfois été élaborés. En France, la HAS s'est prononcée, par le biais de recommandations de bonnes pratiques cliniques [93], sur la pertinence ou non de certaines molécules ou de certaines techniques de prise en charge.

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

C'est en effet à la suite d'une réflexion collective pilotée par la HAS, à la demande de la ministre de la Santé, qu'a été élaboré et rendu public en février 2010 un référentiel de bonnes pratiques en matière de prise en charge des consommateurs de cocaïne. Ce manuel est destiné aux professionnels de soins exerçant au sein des structures spécialisées en addictologie (CAARUD[151], CSAPA et communautés thérapeutiques), des services d'addictologie et des services de santé en milieu carcéral. Il s'adresse également aux médecins généralistes, psychiatres, cardiologues, urgentistes, aux spécialistes en oto-rhino-laryngologie, aux gynécologues, aux étudiants en médecine mais aussi aux sages-femmes, aux psychologues et aux travailleurs sociaux.

Ces recommandations visent à améliorer la prise en charge sanitaire des consommateurs de cocaïne et de crack en facilitant le repérage des consommations et en définissant le plus précisément possible les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale permettant de favoriser l'arrêt de la consommation de cocaïne et son maintien. Trois sous-catégories d'usagers de cocaïne et de crack sont ainsi visées en priorité : les usagers qui en ont une consommation festive et irrégulière (considérés comme des consommateurs occasionnels), les consommateurs réguliers et les polyconsommateurs.

Référentiels internationaux

Ces recommandations de la HAS s'inscrivent dans la continuité des référentiels internationaux de bonnes pratiques en matière de prise en charge des usagers de cocaïne et de crack déjà élaborés. Aux États-Unis, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) a été le premier à élaborer des manuels de bonnes pratiques visant les usagers de cocaïne et de crack à destination des cliniciens et autres profession-

150. *C'est le cas notamment aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en Allemagne et en Belgique.*

151. *Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues.*

nels de santé. En Europe, ces initiatives sont plus récentes. Les premiers pays qui se sont dotés de guides de bonnes pratiques pour la prise en charge des usagers de cocaïne et de crack ont été l'Allemagne [59, 188] et le Royaume-Uni [79]. Comme en France, l'absence de traitements de substitution pour les usagers de cocaïne, l'hétérogénéité des profils des consommateurs concernés et la pharmacologie de la cocaïne ont amené les autorités sanitaires nationales à réfléchir à des réponses spécifiquement adaptées à ces consommateurs.

En 2007, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a réalisé une revue de la littérature ayant pour objectif de recenser les recommandations de bonnes pratiques issues des études internationales en la matière [61]. Plusieurs éléments ressortent de ce travail d'analyse :

- d'après la littérature disponible, les usagers de cocaïne et de crack se feraient soigner plus tardivement que les autres usagers [110]. D'où la nécessité de réfléchir à un accès aux services d'aide aux consommateurs de cocaïne et de crack plus précoce. En termes de recommandations, il est donc suggéré aux administrations et aux professionnels de santé de rendre leurs services plus attractifs et plus accessibles à ces usagers ;
- la littérature montre également que les usagers présentent des profils distincts selon qu'ils en sont à leur première demande de traitement ou non [73]. Il est donc recommandé aux professionnels de santé de tenir compte de ce point pour faire le choix de l'approche thérapeutique la plus adaptée possible ;
- les études montrent par ailleurs le rôle majeur joué par le facteur humain. Un bon niveau de connaissance des intervenants non seulement en matière de pharmacologie propre à la cocaïne, mais aussi de prise en charge d'éventuelles comorbidités psychiatriques et de gestion des rechutes [197] serait un facteur prédictif de qualité. D'autre part, l'alliance thérapeutique entre le professionnel de santé et l'usager en demande de soins occuperait une place centrale dans le cadre d'une prise en charge efficace [151]. La qualification et la formation préalable des équipes intervenantes sont également des recommandations issues de la littérature internationale ;
- enfin, l'accompagnement sur le plan social et plus particulièrement le soutien de l'entourage de l'usager de cocaïne ou de crack apparaît comme l'un des éléments essentiels de l'efficacité de sa prise en charge [20].

Repères méthodologiques

Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? »

6.3
Prévention de l'usage de cocaïne

Carine Mutatayi

La prévention liée aux drogues se voit associée à différents objets. Les professionnels parlent autant de prévenir les usages que de prévenir les addictions ou les risques, renvoyant par là à différentes formes d'intervention – en face à face, individuelles, collectives ou encore médiatiques –, voire à différents profils de publics. L'éventail des mesures concerne la population générale, des groupes caractérisés par un risque plus élevé de consommer des produits psychoactifs ou encore des usagers. Selon la nomenclature employée par le Conseil de l'Union européenne[152] dans ses plans d'action successifs pour la période 2005-2012 [67-68], ces différents ciblages renvoient respectivement à la prévention dite « universelle », « sélective » ou « indiquée ».

Depuis le milieu des années 1990, période à laquelle la montée des usages de cocaïne est observée, ce produit a rarement fait l'objet de mesures préventives particulières, autres que la diffusion de diverses brochures dédiées (voir cahier des illustrations). La question de la cocaïne était intégrée au discours global sur les substances psychoactives. Aujourd'hui, cela demeure la règle générale pour les actions en face à face, majoritaires, destinées à la population générale. Cependant, un changement notable s'est opéré récemment avec la diffusion d'outils explicitement axés sur la cocaïne ou ses dérivés, notamment à travers des dispositifs de communication de grande envergure. Ces éléments sont présentés ci-après.

Un sujet rarement abordé de façon explicite dans les actions locales en face à face

Le système d'information actuel ne permet pas de dresser un tableau national des éventuelles actions de prévention locales traitant de la cocaïne. Cependant, l'enquête RELIONPREDIL[153] menée en

152. À savoir la nomenclature établie par l'Institute of Medicine de Chicago dont l'OEDT fait la promotion en Europe.

153. Recueil électronique d'indicateurs pour l'observation des actions de prévention liée aux drogues illicites et licites.

2011 en Rhône-Alpes[154] indique qu'en 2010, dans cette région, la majorité des actions (7 sur 10) ont traité des drogues ou des conduites addictives en général. Lorsque le thème de la cocaïne a été plus précisément abordé, ce fut parmi d'autres drogues, l'alcool et le cannabis notamment. Il le fut moins de 2 fois sur 10 pour les actions menées en établissements d'enseignement secondaire (y compris agricole) et dans un tiers de celles réalisées en milieu professionnel. La propension à privilégier une approche globale est dans la lignée du guide pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire, largement diffusé dans les collèges et lycées depuis 2005 et réédité en décembre 2010 [51].

Rien ne permet d'affirmer que dans d'autres régions françaises le sujet de la cocaïne ait été plus fréquemment développé lors d'actions de prévention. Tout au plus peut-on faire l'hypothèse que, dans les territoires les plus touchés par le trafic de cocaïne ou enregistrant les niveaux d'usage les plus élevés[155] (DOM antillais, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur), les acteurs de prévention sont plus enclins à aborder la question.

Un axe privilégié des dernières campagnes médias nationales

Lors des quinze dernières années, trois grands programmes médiatiques ont été conduits par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), à l'instigation de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Ces programmes pluriannuels, rythmés par les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues de 1999-2001, 2004-2008 et 2008-2011, se sont appuyés sur divers supports, avec comme pièces centrales des campagnes audiovisuelles (télévision et radio). La campagne de 2000 « Drogues : savoir plus risquer moins » et ses campagnes satellites de 2001 et 2002 optaient pour une approche généraliste des substances psychoactives sans éclairage particulier sur un ou des produits précis. Néanmoins, dans le cadre de cette campagne de 2000, le livret du même nom dédie un chapitre à la cocaïne et une brochure, *Cocaïne-drogues : savoir plus risquer moins*, est éditée en novembre 2001 (voir cahier des illustrations), premier volet d'une collection qui traitera aussi du cannabis (décembre 2001) et de l'ecstasy (mars 2003). Le programme gouvernemental de communication sur la période 2004-2008 est, quant à lui, davantage tourné vers le cannabis, notamment à travers les campagnes « Le cannabis est une réalité » (2005) et « Cannabis et sécurité routière » (2006).

Plus récemment, le gouvernement a intensifié la communication sur les effets délétères de la consommation de cocaïne. Les trois campagnes médiatiques diffusées en 2009 et 2010 mettent en exergue la question de la cocaïne, au même titre que le cannabis et l'ecstasy, de façon inédite dans le cadre de la communication gouvernementale. La première, « Drogues : ne fermons pas les yeux », lancée

154. Résultats OFDT à paraître au premier semestre 2012.

155. Au regard notamment des niveaux d'expérimentation à 17 ans (Base ESCAPAD 2008).

en octobre 2009, souligne la dangerosité des produits, dans le but de combattre les représentations positives associées aux drogues.

En novembre et décembre 2009, le deuxième volet, « La drogue si c'est illégal, ce n'est pas par hasard », défend le caractère protecteur de la loi face aux risques sanitaires et sociaux liés aux consommations.

Enfin, de décembre 2010 à janvier 2011, la campagne « Contre les drogues, chacun peut agir » encourage parents et adultes référents à contribuer activement à la prévention des usages de drogues auprès de leurs enfants ou des jeunes qu'ils côtoient.

Chacune de ces campagnes décline systématiquement le thème de la cocaïne dans les différents supports programmés, en télévision, radio, presse magazine, via Internet et la téléphonie mobile (SMS, application iPhone).

À ce titre, la campagne d'octobre 2009 retient particulièrement l'attention. Elle est aussi la seule pour laquelle on dispose d'évaluations en post-tests. En plus d'un spot TV général (toutes drogues), elle exploite des bannières et films viraux[156] qui eux-mêmes introduisent un module Internet pour les 15-25 ans autour du jeu interactif *Drogues : guette l'info, traque l'intox*, afin de dénoncer des idées préconçues incitant à la consommation. Tous, accessibles sur le site www.drogues.gouv.fr, proposent une entrée « cocaïne ». Ils évoquent de façon inédite sa consommation en milieu professionnel. En fin de compte, l'analyse des post-tests a montré que les supports exploitant une approche par produit ont obtenu de meilleurs taux de reconnaissance que le spot TV, plus général. Les 15-24 ans ont davantage mémorisé les messages que les autres mais ne se sont pas sentis plus concernés [98]. Parmi les usagers de drogues, 66 % se sont sentis concernés par ces messages mais sans les inciter à ne plus en consommer.

Toutes les déclinaisons de ces campagnes renvoient à la ligne téléphonique Drogues info service[157] (0800 23 13 13).

La cocaïne abordée via la téléphonie sociale

Drogues info service (DIS), Fil santé jeunes (FSJ, au 32 24) et leurs corollaires sur Internet (voir encadré) sont les services de téléphonie sociale les plus susceptibles de recevoir les questions du grand public au sujet de la cocaïne.

La cocaïne et le crack sont cités dans 9 % des questions des internautes transmises par le site DIS en 2010, soit une légère progression par rapport à 2009 [1]. Ils occupent une part équivalente (8 %) dans les appels traités émis par des proches d'usagers et moitié moindre dans les appels émanant des consommateurs mêmes. Dans le sillage de la campagne « Contre les drogues, chacun peut agir », en décembre 2010, une augmentation de plus de 250 % des appels émis et traités est observée : exceptionnellement, les appels provenant de l'entourage ont dépassé en nombre ceux provenant des usagers (63 % contre 37 %). Dans cette

156. Vidéos diffusées sur Internet à travers les réseaux sociaux.

157. La ligne téléphonique spécialisée DIS est gérée par le groupement d'intérêt public ADALIS (Addictions drogues alcool info service).

période (semaines 50 à 52), cocaïne ou crack ont été abordés dans 7 % des appels traités, soit une hausse modeste (de 8 %) par rapport à la fréquence annuelle de 2010. À titre comparatif, les appels liés au cannabis ont marqué un bond de 65 %.

En 2011, parmi les jeunes qui ont contacté le FSJ, peu ont abordé la question des drogues en général et encore moins celle de la cocaïne, selon les observations des écoutants et des modérateurs des outils Internet (« Boîte à questions » et forums). Cette tendance peut s'expliquer par le caractère généraliste du service, bien que le site FSJ propose une série d'articles sur les drogues. Quoi qu'il en soit, ce sont davantage des tiers côtoyant des usagers que des usagers eux-mêmes qui sollicitent le FSJ à ce sujet.

Un DVD spécifique de prévention

En 2009, la MILDT a financé l'élaboration de l'ensemble vidéo-DVD-Rom Prévention cocaïne pour la mise en place d'actions de prévention de l'usage de cocaïne en milieu scolaire ou extrascolaire, auprès des 15 à 25 ans, usagers ou non. L'outil mise sur l'amélioration des connaissances et l'altération des représentations sociales favorables à la cocaïne,

Brochures et rubriques Internet consacrées à la drogue

Plusieurs brochures (voir cahier des illustrations) et pages Web détaillent les risques associés à la prise de cocaïne, de crack ou de free base. Les documents distribués, notamment en milieu festif, peuvent faciliter l'orientation vers les structures de soutien ou d'aide médico-sociale.

Parmi les principaux liens Internet français sur le sujet, figurent :

- le site gouvernemental de la MILDT : http://www.drogues.gouv.fr/drogues-illicites/cocaine-et-crack/
- la version électronique de Drogues et dépendances (INPES/MILDT) : http://www.drogues-dependance.fr/cocaine.html
- OFDT : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cocaine/general.html
- ADALIS : http://www.drogues-info-service.fr/?Cocaine
- Fil santé jeunes : http://www.filsantejeunes.com/dossiers-classes-par-categories/dossier-dossier-du-mois/6119-des-drogues-aux-substances-psychoactives
- le site d'ASUD, Association d'autosupport des usagers de drogues : http://www.asud.org/produits/article-201-cocaine-cocaine-aspect-effets-usage-risque.html

en abordant pour cela les risques pour la santé et la vie sociale liés à sa consommation. Sept vidéos – sur la nature de la cocaïne, les niveaux d'usages, ses effets sur l'organisme, les dommages encourus (sanitaires, sociaux, judiciaires), la réduction des risques, les dispositifs d'aide, le trafic et le rappel de la loi, les particularités de ses dérivés (crack, free base) – confrontent les représentations des jeunes sur la cocaïne à l'état du savoir résumé par des spécialistes des champs sanitaire, répressif et de la recherche. Reconnu d'intérêt pédagogique par le ministère de l'Éducation nationale et validé par la Commission nationale de validation des outils de prévention en février 2009, le DVD a été diffusé à plus de 2 000 exemplaires. Il offre deux modes d'exploitation interactifs : la consultation individuelle par le public cible ou l'utilisation par un animateur comme support d'intervention auprès d'un groupe pour favoriser le débat, alimenté par les opinions du groupe.

Autres dispositifs de prévention

D'autres dispositifs, tournés vers les usagers avérés, se situent à l'interface de la prévention et de la prise en charge sanitaire (comme les consultations jeunes consommateurs) ou de la sanction pénale (tels les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants) (voir chapitre 6.4). Il s'agit aussi des mesures de sensibilisation aux pratiques de réduction des risques auprès des usagers, notamment en milieu festif, qu'elles impliquent ou non la distribution de matériels de réduction des risques. Mais la diffusion de ces actions demeure méconnue.

Repères méthodologiques

Drogues info service, Post-test de la campagne Internet 2009 « Drogues : guette l'info, traque l'intox », RELIONPREDIL

6.4 La réponse pénale à l'usage et au trafic de cocaïne et de crack

Ivana Obradovic

En 2010, l'usage de cocaïne et de crack a donné lieu à 4 679 interpellations de la police, des douanes et de la gendarmerie, soit 3,5 % de l'ensemble des interpellations pour usage de stupéfiants [138]. Les interpellations pour usage sont près de deux fois plus nombreuses que celles pour usage-revente et trafic de ces deux produits (2 786 en 2010). Ces statistiques policières reflètent avant tout l'activité des services répressifs : elles ne peuvent être tenues pour une mesure du phénomène de l'usage de cocaïne et de crack en France.

Les suites pénales données à ces interpellations ne peuvent être appréhendées pour chacun de ces produits : conformément à la législation française, le ministère de la Justice ne distingue pas les différents stupéfiants dans ses statistiques annuelles. Le nombre d'interpellations pour usage suivies de poursuites judiciaires, voire d'une condamnation, sont uniquement disponibles par type d'infraction liée aux stupéfiants (usage illicite, détention-acquisition, aide à l'usage par autrui, etc.).

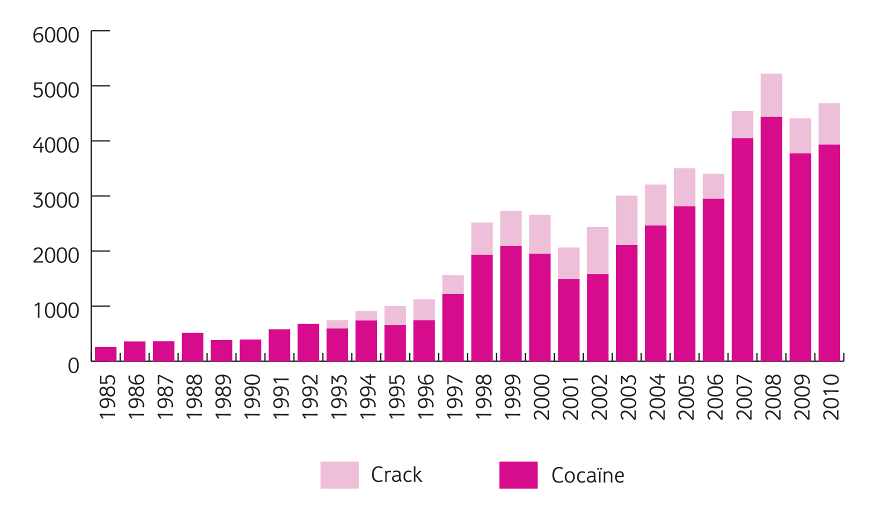
L'analyse des statistiques des ministères de l'Intérieur et de la Justice permet ainsi de mesurer le niveau d'application de l'interdit d'usage et de trafic posé par la loi du 31 décembre 1970 à travers deux types d'indicateurs. D'une part, les interpellations, qui sont comptabilisées dans les rapports annuels de l'OCRTIS (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), à partir des années 1980 pour la cocaïne et à partir de 1990 pour le crack, soit dix ans environ après son apparition sur le marché français. D'autre part, les réponses pénales apportées à l'usage et au trafic de stupéfiants par les parquets (orientations pénales) et les tribunaux (condamnations), qui sont disponibles auprès du ministère de la Justice à travers l'application informatique Nouvelle chaîne pénale et le Casier judiciaire national, mais qui ne distinguent pas la part de la cocaïne et du crack du reste des stupéfiants. Le rapprochement de ces sources administratives pose toutefois d'importants problèmes de comparabilité [6].

Une hausse des interpellations plus rapide pour l'usage que pour le trafic

En 2010, 3 926 usagers de cocaïne et 753 usagers de crack ont été interpellés. Les interpellations pour usage de cocaïne et de crack, qui représentent respectivement 2,9 % et 0,6 % des interpellations d'usagers, sont sans commune mesure avec l'ampleur des procédures pour usage de cannabis et d'opiacés – qui représentent respectivement 122 439 et 7 255 interpellations (soit 90,4 % et 5,4 % des procédures). Le phénomène a cependant évolué au cours des deux dernières décennies : les interpellations liées à l'usage de cocaïne ont été multipliées par 10 entre 1990 et 2010, passant de 388 à 3 926, avec un niveau maximal atteint en 2008 (figure 1). Cette évolution s'inscrit dans le double contexte d'une hausse importante des interpellations pour usage simple de stupéfiants [134], multipliées par 7 au cours de la même période, et d'une diffusion de la cocaïne en population générale. La part des interpellations relatives à l'usage de cocaïne dans l'ensemble des interpellations pour usage a ainsi progressé, passant de 1,6 % à 2,9 %. Les interpellations pour usage de cocaïne et crack additionnées ont augmenté 4 fois plus vite que celles liées au cannabis (+ 120 % *vs* + 25 %) et 2 fois plus vite que celles de produits plus rares, comme l'ecstasy (+ 55 %), alors que les interpellations pour usage d'héroïne ont décliné dans le même temps (– 79 %).

La prédominance importante de la cocaïne par rapport au crack, dans les interpellations pour usage, l'est encore plus dans celles pour usage-revente et

Figure 1 - Interpellations pour usage de cocaïne et de crack de 1985 à 2010



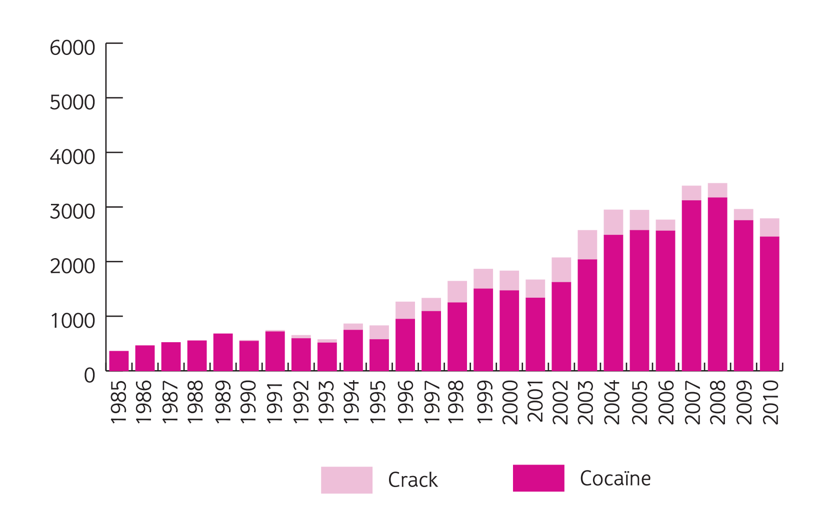
Source : OSIRIS (OCRTIS)

trafic (rapport de 7 à 1). En 2010, 2 452 personnes ont été interpellées pour usage-revente ou trafic de cocaïne et 334 au titre du crack. La part relative de la cocaïne et du crack (comptés ensemble) est plus importante dans l'activité policière ciblant les usagers-revendeurs et les trafiquants (12,7 %), que dans celle visant les usagers (3,5 %), même si le cannabis reste le premier produit en cause dans ce type d'interpellations (70 %). Les interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack talonnent les procédures liées à l'héroïne, étant même, certaines années, plus nombreuses en proportion. En 2006, par exemple, la part propre de la cocaïne dans l'ensemble des interpellations pour usage-revente et trafic a atteint son niveau record, dépassant de près de 3 points la part de l'héroïne (15,4 % *vs* 12,6 %).

Bien qu'en hausse quasi continue depuis les années 1980, le rythme de croissance des interpellations liées à l'usage-revente et au trafic de cocaïne a été moins soutenu que celui des interpellations pour usage (+ 912 % entre 1990 et 2010 *vs* + 352 %, soit un rythme de croissance 2,5 fois moins rapide) (figure 2).

La spécificité des interpellations pour usage de cocaïne tient aussi à leur caractère géographiquement concentré. Par exemple, près de 85 % des interpellations sont enregistrées dans neuf régions (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Aquitaine, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire), les autres régions dénombrant chacune une quarantaine d'interpellations par an, en moyenne. Si elle est également concentrée, la géographie de la répression des usages

Figure 2 - Interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne et de crack de 1985 à 2010



Source : OSIRIS (OCRTIS)

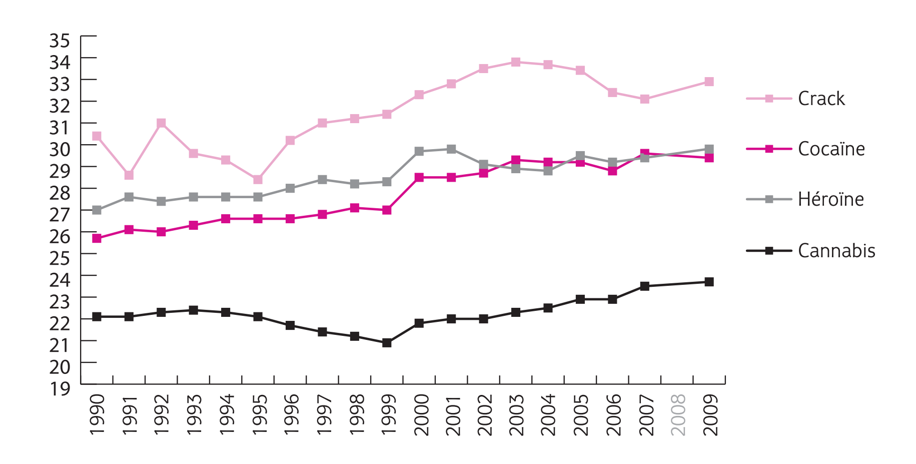
de cannabis révèle des disparités moins importantes dans l'activité policière : aucune région métropolitaine n'enregistre comme pour la cocaïne moins de 1 % de l'ensemble des interpellations pour usage (même si la moitié d'entre elles sont enregistrées dans trois régions : Île-de-France, PACA, Rhône-Alpes). La structure régionale des interpellations pour usage-revente et trafic de cocaïne montre, elle aussi, une forte polarisation des procédures autour des régions Île-de-France (36,6 % des interpellations), PACA (11,4 %) et Antilles-Guyane (9,5 %).

En matière de crack, la répartition des interpellations d'usagers, d'usagers-revendeurs et de trafiquants fait apparaître un fort ancrage du phénomène dans la zone caribéenne (Guyane, Guadeloupe, Martinique) et en Seine-Saint-Denis. Par rapport à tous les autres produits, le trafic et l'usage de crack restent donc circonscrits aux environs de Paris et en zone caraïbe (voir chapitre 4.3).

Des contrastes importants dans le profil des interpellés

Les personnes interpellées au titre de l'usage ou du trafic de cocaïne sont majoritairement de sexe masculin (86 % parmi les usagers, 85 % parmi les usagers-revendeurs et les trafiquants). Cette prédominance des hommes est un peu plus marquée pour le crack que pour la cocaïne (respectivement 89 % et 87 % des usagers et des trafiquants interpellés), même si elle reste en deçà de celle observée pour le cannabis (environ 93 %). Elle s'est légèrement renforcée au cours des dix dernières années : en 2000, les hommes ne représentaient que 81 % des usagers de

Figure 3 - Évolution de l'âge moyen (en années) des usagers interpellés, par produit, de1990 à 2009



Note : L'âge moyen est calculé pour les usagers et les usagers-revendeurs confondus entre 1990 et 1994. Il est calculé pour les seuls usagers simples à partir de 1995. Les données 2008 ne sont pas disponibles.

Source : OSIRIS (OCRTIS)

cocaïne interpellés et 84 % des usagers de crack. Plus particulièrement, les usagers interpellés au titre de la cocaïne se distinguent de ceux qui ont été repérés en situation d'usage de crack surtout par l'âge (plus jeunes) et les caractéristiques sociales (moins précaires).

Une stabilisation de l'âge moyen des usagers de cocaïne interpellés

L'âge moyen de l'usager de cocaïne interpellé s'établit à 29,8 ans. Il est de 6 ans supérieur à l'âge moyen des usagers de cannabis interpellés (23,7 ans) et de 3 ans inférieur à celui des usagers de crack, qui sont de loin les plus âgés de tous les usagers interpellés (32,9 ans). L'âge moyen des usagers de cocaïne interpellés s'est stabilisé au cours de la dernière décennie, ce qui contraste avec le vieillissement des usagers d'héroïne et de cannabis interpellés (figure 3). Les âges moyens des personnes interpellées pour usage d'héroïne et de cocaïne se sont ainsi rapprochés, convergeant autour de 30 ans. Ces évolutions moyennes traduisent des mouvements contrastés dans la structure des interpellations d'usagers de cocaïne et de crack.

De plus en plus de mineurs parmi les usagers interpellés

Toutes les tranches d'âge ont été concernées par la hausse des interpellations pour usage de cocaïne au cours des années 2000, mais la part de chacune a évolué. Ainsi, si la proportion des jeunes adultes (21-30 ans) a peu varié, représentant environ la moitié des interpellations pour usage de cocaïne, la part relative des mineurs est celle qui a le plus crû ces dernières années (+ 25,5 % entre 2007 et 2009). De même, parmi les usagers interpellés au titre du crack, la part des plus jeunes est celle qui a le plus régulièrement progressé : entre 2001 et 2009, la part des mineurs appréhendés est passée de 0,9 % à 3,6 %, et celle des jeunes majeurs (18-25 ans) de 15,2 % à 23,5 %, tandis que la part des usagers de plus de 25 ans a régressé de 10 points.

Une relative stabilité dans la structure socio-professionnelle des usagers interpellés

Si la structure des personnes interpellées au titre de la consommation de cocaïne s'est diversifiée selon les tranches d'âge, elle a peu évolué en termes de catégories socioprofessionnelles. Trois classes représentent plus de 80 % des interpellations pour usage de cocaïne : les personnes sans profession (40,1 % en 2009), les ouvriers (21,3 %) et les employés (19,7 %). Pourtant, au cours des deux dernières décennies, c'est la part des cadres, commerçants, artisans et professions libérales qui a le plus augmenté, passant de 6,5 % en 1989 à 11,1 % en 2009 (+ 71 %), davantage que celle des étudiants et lycéens, qui est passée de 4,3 % à 5,5 % dans la même période (+ 28,9 %). Parmi les trois classes majoritaires, seule la part des ouvriers a progressé (+ 14,5 %), la proportion des employés et des personnes sans profession déclarée parmi les usagers de cocaïne interpellés ayant baissé. La cocaïne est surreprésentée dans l'ensemble des interpellations d'usagers effectuées au sein de certaines catégories professionnelles : 9,9 % des professions artistiques et 9,1 % des cadres et des professions libérales

interpellés sont des usagers de cocaïne, alors que, comme cela a été dit, ce produit ne se retrouve que dans 2,7 % de l'ensemble des interpellations d'usagers, toutes professions confondues.

À l'inverse, les usagers de crack interpellés se distinguent par un profil de marginalité sociale bien connu dans cette population (voir chapitre 4.3) : plus de 70 % se déclarent sans profession en 2008. Cette proportion a peu évolué au cours de la dernière décennie. La prédominance des personnes au chômage ou sans activité et des ouvriers est encore plus marquée parmi les usagers interpellés au titre du crack (respectivement 69 % et 19 % en 2007).

Des trafiquants au profil spécifique

L'usage-revente et le trafic constituant, par rapport à l'usage, un phénomène de moindre ampleur, le profil des usagers-revendeurs et des trafiquants locaux interpellés est moins détaillé que celui des usagers simples dans les statistiques de l'OCRTIS. Ces dernières permettent tout de même d'observer la surreprésentation des personnes de nationalité étrangère au sein des interpellations liées au trafic de crack (42 %), mais aussi de cocaïne (environ 15 %), ainsi que la part importante des personnes sans profession parmi les trafiquants interpellés (plus de 80 % pour le crack). Il apparaît par ailleurs que la part des mineurs appréhendés pour un trafic de crack est en baisse au cours de la dernière décennie (7,6 % en 1999 ; 3,0 % en 2007), un tiers des trafiquants et des usagers-revendeurs étant âgés de plus de 30 ans (37,9 %) et près des deux tiers de 18 à 30 ans (59,1 %).

Une réponse pénale plus systématique et plus variée

Établies en référence au Code pénal qui ne différencie pas les peines encourues selon le type de stupéfiant, les statistiques judiciaires ne permettent pas de distinguer la fraction des orientations pénales et des condamnations liées à la cocaïne et au crack. Les tendances relevées concernent donc l'ensemble des stupéfiants, même si une part des procédures judiciaires est vraisemblablement imputable à ces deux produits.

Baisse du taux de condamnation des affaires d'usage et hausse des alternatives aux poursuites

Toute interpellation pour usage n'entraîne pas des poursuites judiciaires en tant que telles : l'interpellation peut déboucher sur une condamnation mais, le plus souvent, elle est suivie par d'autres types de mesures que les sanctions classiques prononcées à l'issue de poursuites pénales. Au cours des deux dernières décennies, les sanctions pénales pour usage de stupéfiants se sont diversifiées : elles sont devenues globalement plus systématiques mais moins lourdes (hors de toute circonstance aggravante) [134]. Le taux de condamnation des usagers, c'est-à-dire la part des interpellations sanctionnées in fine par une condamnation judiciaire, tous produits confondus, est passé de 30 % en 1990 à 14 % en 2008, ce qui représente aujourd'hui près de 20 000 condamnations par an pour usage en « infraction principale » (où l'usage est la seule infraction ou bien la plus grave parmi un ensemble d'infractions) [189]. Les usagers sont donc relativement moins souvent condamnés par les

tribunaux qu'il y a quinze ans, mais l'usage de stupéfiants fait l'objet d'un traitement pénal plus systématique, par le biais des mesures alternatives aux poursuites qui concluent aujourd'hui 70 % des affaires d'usage traitées par les parquets [134]. Mesures à composante éducative (rappel à la loi) ou, de plus en plus souvent, sanitaire (classement avec orientation vers une structure de soins, injonction thérapeutique), les alternatives permettent de systématiser la réponse pénale aux infractions de faible gravité en limitant les classements sans suite, sans pour autant multiplier les poursuites.

Diversification des réponses pénales apportées aux usagers de stupéfiants interpellés

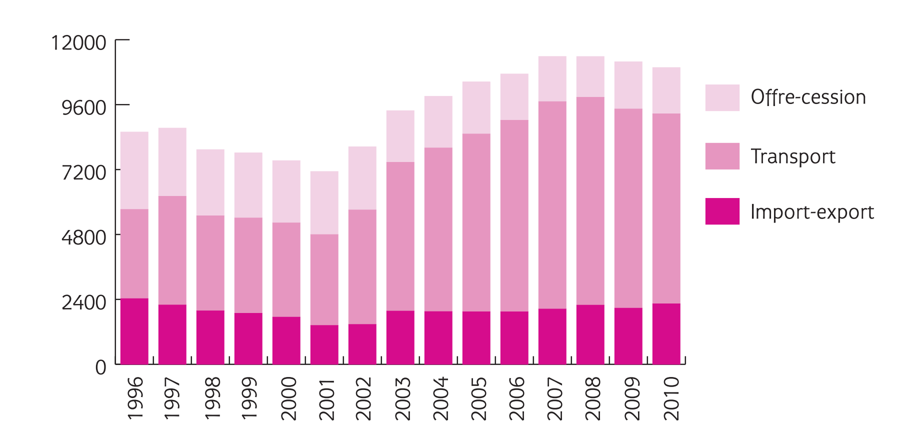
La palette des sanctions alternatives appliquées aux usagers de stupéfiants s'est élargie au cours de la dernière décennie. Les rappels à la loi, qui représentaient auparavant le mode de réponse pénale majoritaire à la délinquance d'usage, ont connu un recul marqué : leur part parmi les alternatives aux poursuites est passée de 81,3 % à 73,4 %. Parallèlement, les orientations judiciaires vers une structure de soins ont progressé, notamment grâce à la mise en place des consultations jeunes consommateurs (CJC), qui proposent, depuis la circulaire du 23 septembre 2004, un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis ou d'autres substances psychoactives : les CJC ont ainsi accueilli 45 000 usagers de produits (métropole et DOM) entre 2005 et 2007, en majorité des jeunes et, le plus souvent, dans le cadre d'une orientation judiciaire effectuée au titre d'un usage de cannabis. D'autres types d'usagers de drogues ont cependant été reçus dans le dispositif : ainsi, la cocaïne (seule ou associée à un autre produit) concernait 2 % du public reçu dans le dispositif à la suite d'une orientation judiciaire. Il s'agissait majoritairement d'adultes de plus de 25 ans [133]. Parmi les autres alternatives aux poursuites qui ont vu leur part augmenter dans le traitement judiciaire réservé aux usagers, les compositions pénales ont progressé au cours de la dernière décennie (0,1 % en 2002 ; 4,4 % en 2008). Procédure de traitement simplifié des actes de petite et moyenne délinquance, la composition pénale a été introduite en France par la loi du 23 juin 1999 et a été élargie aux mineurs de plus de 13 ans par la loi du 5 mars 2007 : elle permet aux parquets de proposer certaines obligations à un délinquant qui reconnaît les faits en contrepartie de l'abandon des poursuites. La composition pénale peut consister en une ou plusieurs mesures : amende, travail non rémunéré au profit de la collectivité et, depuis la loi du 5 mars 2007, « stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », payant et obligatoire, pour les consommateurs occasionnels et non dépendants (voir chapitre 6.1). Les stages de sensibilisation peuvent ainsi être prescrits comme mesure alternative aux poursuites, dans le cadre d'une composition pénale ou comme peine complémentaire, pour les usagers occasionnels de tous types de stupéfiants (y compris la cocaïne et le crack).

Un difficile repérage statistique des suites judiciaires réservées aux interpellations pour trafic

De la même manière que pour l'usage, le suivi statistique des réponses pénales

apportées à l'usage-revente et au trafic s'avère complexe et impossible à détailler par produit. Premièrement, les infractions liées au trafic sont comptabilisées selon des nomenclatures différentes entre l'étape de l'interpellation, de l'orientation pénale et de la condamnation. Ainsi les interpellations policières au titre du trafic sont-elles enregistrées selon 3 classes (usage-revente, trafic local, trafic international) qui ne correspondent pas aux 4 classes de condamnation de la nomenclature judiciaire : import-export, transport, offre et cession, autres infractions (comprenant notamment le blanchiment). En outre, le traitement pénal des trafiquants est difficile à observer en propre car il est souvent associé à d'autres infractions : moins de 2 % des condamnations pour import-export de stupéfiants sanctionnent une infraction unique, la plupart des condamnations pour trafic faisant l'objet de multi-qualifications. Enfin, les personnes condamnées une année donnée peuvent avoir été interpellées l'année précédente, ce qui biaise le rapprochement des chiffres d'interpellation et de condamnation judiciaire. Compte tenu de ces réserves d'interprétation, on peut confronter deux chiffres : en 2010, 21 894 personnes ont été interpellées pour usage-revente ou trafic et 10 970 ont été condamnées pour transport, import-export ou offre-cession de stupéfiants en infraction principale (figure 4), soit un taux de condamnation judiciaire indicatif de 50 %. Ce taux approximatif est de 24 % pour l'usage de stupéfiants, ce qui suggère que le contentieux du trafic de stupéfiants est plus fortement judiciarisé. En outre,

Figure 4 - Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour des infractions liées au trafic (infraction unique ou non) de 1996 à 2010



Champ : France entière

Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

les peines prononcées pour les infractions d'import-export sont particulièrement sévères, comprenant de plus en plus souvent de l'emprisonnement : la part des peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel parmi les condamnations pour import-export en infraction principale est passée de 69,4 % à 79,3 % au cours des dix dernières années. Les condamnations pour offre et cession de stupéfiants en infraction principale intègrent en revanche une part de peines d'emprisonnement ferme (ou avec sursis partiel) en diminution (47,2 % en 1999, 33,2 % en 2009), au profit des peines d'emprisonnement avec sursis total (de 39,3 % à 48,7 %) et des peines de substitution ou des sanctions éducatives (de 7,7 % à 11,3 %).

Repères méthodologiques

CJN, Enquête CJC, Infocentre Nouvelle chaîne pénale, OSIRIS

7

Les représentations

Les représentations

Les représentations liées à la cocaïne peuvent s'appréhender en interrogeant la population générale sur les produits et les politiques publiques mises en place ; on peut aussi s'attacher à considérer les perceptions des professionnels de santé et des usagers du produit ou encore étudier la place occupée par ces sujets dans les médias.

Concernant le grand public, les Français âgés de 15 à 75 ans ont été interrogés sur leurs représentations en matière de drogues en 1999, 2002 et 2008. Une très grande majorité d'entre eux (89 %) considèrent que la cocaïne est une drogue dangereuse, et ce dès son expérimentation. Malgré la diffusion dans la population et la bonne image dont jouit encore cette drogue, notamment dans certains médias, les opinions à son sujet, à l'instar des autres produits (y compris licites), se sont durcies. Concernant les usagers du produit, 82 % des Français estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage et la plupart refusent de les exonérer de leur part de responsabilité, au prétexte d'une maladie ou d'antécédents familiaux difficiles. Cette faible indulgence est plus marquée pour les consommateurs de cocaïne que pour ceux d'héroïne ou pour ceux qui consomment de grandes quantités d'alcool.

Interrogés dans le cadre d'une enquête européenne, plus de 9 jeunes Français sur 10 considèrent que la consommation de cocaïne peut entraîner des risques sanitaires moyens ou élevés et sont favorables à son interdiction.

Du côté des professionnels de santé, spécialisés ou non dans le champ des drogues, deux profils de consommateurs sont classiquement évoqués : d'une part, les usagers de cocaïne « hyper insérés » et, de l'autre, ceux de crack et les polyusagers, très précaires. Cette représentation dualiste ignore les consommateurs insérés qui peuvent aussi présenter des usages problématiques. Établies sur leurs connaissances en matière d'opiacés, les représentations de ces soignants à propos de la cocaïne sont parfois biaisées et peuvent minorer les dangers du produit.

Du point de vue des usagers, ces professionnels connaissent encore mal ce produit et ses effets et prennent peu en considération leurs demandes liées à la cocaïne, contrairement à celles relatives aux opiacés. Les usagers se sentent incompris des professionnels de santé et abordent peu leur consommation de cocaïne avec eux, l'absence d'échanges étant renforcée par la minimisation, voire la négation chez ces usagers des difficultés liées à cette consommation.

Dans leur rapport à la cocaïne, les usagers gardent une image positive de drogue festive, peu dangereuse et facile

à contrôler. Ils louent son côté stimulant, convivial et relativement inoffensif ; elle leur procure une sensation de confiance et de performance. Mais cette opinion positive est plus nuancée avec l'intensification de la consommation, le passage au free base ou à l'injection, vécus comme un début de perte de contrôle sur le produit. Le crack garde quant à lui une image sombre.

Dans les médias, la cocaïne fait l'objet de nombreux articles et reportages depuis une dizaine d'années. Alors que les professions intellectuelles supérieures, dont font partie les journalistes, sont relativement plus consommatrices de la substance, celle-ci semble provoquer à la fois une fascination et un profond rejet, selon qu'elle se présente sous sa forme poudre ou basée. Elle autorise un traitement binaire, à la fois diabolisant et glamour.

Les sujets en lien avec les trafics de cocaïne sont plus souvent abordés que le volet sanitaire, délégué à des médecins spécialistes, qui détaillent les risques et conséquences liés à l'usage. Les données de niveau d'usage, censées objectiver le propos, viennent parfois servir la dramatisation. Tout comme les témoignages de consommateurs, avec la particularité pour la cocaïne de concerner des vedettes, dont on fait le récit des dérives avant de recueillir, éventuellement, leur mea culpa.

Si l'approche dans les sujets est commune, la sémantique l'est aussi : les termes catastrophistes, se multiplient, tout comme les jeux de mots dénotant une certaine proximité avec le produit et ses usagers, notamment dans la presse jeune et urbaine.

Mais concernant le crack, les termes se font très négatifs et s'accompagnent d'images de déchéance et de marginalité… Le cracker a peu à peu remplacé l'héroïnomane des années 1990 pour incarner la figure du toxicomane.

Au final, la cocaïne bénéficie d'une représentation plutôt positive, mais certains signes laissent néanmoins penser que celle-ci pourrait évoluer. D'un côté, quelques manifestations d'une détérioration de l'image de la cocaïne ont été observées auprès des usagers, dont les plus expérimentés ressentent les effets délétères, avec un rapport qualité/prix jugé de moins en moins bon. De l'autre, certains magazines branchés commencent à démystifier la cocaïne. Un tel retournement avait déjà eu lieu par le passé. Ainsi, dans les années 1930, après avoir suscité l'engouement de certains milieux artistiques et de la nuit, la cocaïne avait connu une baisse de popularité.

7.1 Les représentations et les perceptions de la cocaïne

Julie-Émilie Adès, Tiphaine Canarelli, Michel Gandilhon

Grand public, professionnels du champ sanitaire, usagers... La perception de la cocaïne et de ses consommateurs comme l'appréciation des risques induits par sa consommation sont loin d'être uniformes et varient en fonction des publics interrogés, tandis que la forme de la substance et son mode de consommation peuvent également influer sur ces opinions. Ce chapitre rassemble les données récentes disponibles sur ces questions et les décline par populations.

Une substance et des usagers perçus comme dangereux en population générale

L'analyse des représentations en matière de drogues en population générale est récente. En 1999, l'OFDT a mis en place autour des opinions des Français relatives aux substances psychoactives l'enquête EROPP (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes). Celle-ci a été reconduite en 2002 et fin 2008 [43]. Les questions portent notamment sur la perception de la dangerosité des différents produits, dont la cocaïne, ainsi que sur les usagers de ces substances.

Juste derrière l'héroïne

Les résultats permettent d'apprécier les jugements des Français sur la cocaïne au regard des autres drogues puisqu'en 2008 les avis concernant cinq substances illicites et licites (héroïne, cocaïne, cannabis, tabac et alcool) peuvent être comparés.

Quand on les interroge pour savoir si, selon eux, les produits sont dangereux dès qu'on les essaie ou selon d'autres seuils (quantité en une occasion, consommation quotidienne...), les Français estiment majoritairement que tous les produits illicites constituent un risque dès l'expérimentation. Mais leur appréciation des produits diffère.

En 2008, près de 9 Français sur 10 (89 %) jugent la consommation de cocaïne dangereuse dès le premier usage ; c'est un peu plus qu'en 1999 et 2002 (85 % et 83 %) (figure 1). Ces chiffres situent la cocaïne juste derrière l'héroïne (92 %), produit pour lequel le sentiment de dange-

rosité dès l'expérimentation a également augmenté entre 1999 et 2008. Le cannabis se place en troisième position, assez loin derrière (62 % des personnes estiment qu'il est dangereux dès qu'on l'essaie). Cette hiérarchie de la dangerosité perçue des produits ne s'est pas modifiée au cours des dix dernières années. Dans le même temps, la très faible proportion de personnes jugeant que seule la consommation quotidienne de cocaïne est dangereuse s'est encore réduite entre les deux dernières enquêtes, passant de 8 % à 6 % entre 2002 et 2008.

Globalement, dans un contexte où, quel que soit le statut légal des substances, la perception des Français a évolué vers une plus grande appréhension à l'égard des produits psychoactifs, la tendance constatée pour la cocaïne est parfaitement cohérente avec ce phénomène. Ni l'augmentation de la diffusion du produit au cours de la décennie, ni l'image favorable dont elle peut parfois bénéficier dans certains cercles (voir chapitre 7.2), ne viennent contrarier ces jugements.

Refus d'exonérer

Dans le même temps, plusieurs questions relatives aux représentations à l'égard des usagers de ces drogues ont, pour la première fois, été posées lors de l'enquête EROPP de 2008.

Plus de 8 Français sur 10 (82 %) jugent que les consommateurs de cocaïne sont un danger pour leur entourage (figure 2). Les chiffres correspondants pour l'héroïne et les « gros » consommateurs d'alcool sont respectivement de 84 % et de 90 %.

Figure 1 - Évolution de la perception de la dangerosité des drogues* entre 1999 et 2008 (en %)



** Pourcentage de personnes jugeant que la consommation d'héroïne, de cocaïne, de cannabis, de tabac et d'alcool est dangereuse dès l'expérimentation*

Source : EROPP (OFDT)

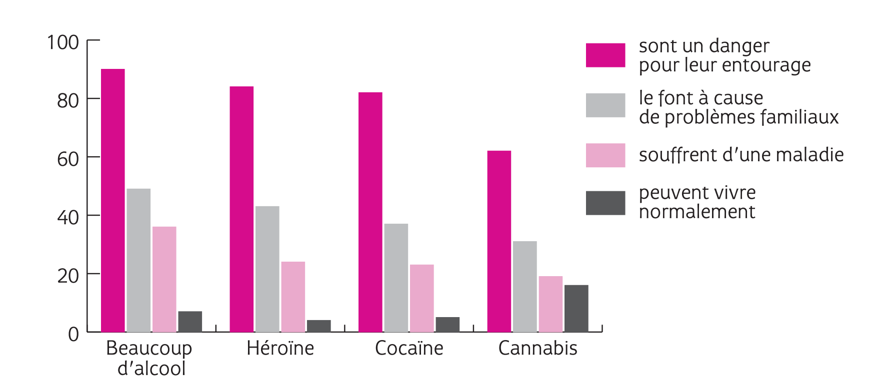
En parallèle à ce jugement, les personnes interrogées semblent trouver peu de circonstances atténuantes à ces consommateurs. Pour la cocaïne, moins de 4 personnes sur 10 jugent que les usagers le font à cause de problèmes familiaux (37 %), les femmes étant un peu plus nombreuses que les hommes à mettre ce point en avant (41 % *vs* 33 %). Autre élément, à peine un peu plus de 2 personnes sur 10 (23 %) estiment que les usagers souffrent d'une maladie. Concernant cette modalité, les personnes les plus âgées (55-75 ans) mettent plus souvent cet aspect en avant (31 % *vs* 19 % chez les 15-34 ans et 21 % chez les 35-54 ans). Enfin, il convient de souligner que ce faible niveau d'indulgence vis-à-vis des usagers, ce refus de les considérer comme des victimes de maladie ou de difficultés familiales, est encore plus marqué pour la cocaïne que pour les usagers de quantités importantes d'alcool ou les consommateurs d'héroïne.

Représentations parfois erronées dans le champ sanitaire

Malgré la diffusion de la cocaïne, les connaissances du monde médical sur la substance et ses usagers sont parfois encore lacunaires. Ce résultat émane d'une étude exploratoire, commandé par l'OFDT à l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Midi-Pyrénées en 2007 [66]. Cette enquête (voir chapitre 6.2) a été conduite à partir de 107 entretiens de professionnels de soins susceptibles d'être impliqués dans de telles prises en charge (93 entretiens individuels et 14 groupes de discussion d'équipes) à Paris, Toulouse et en Martinique. Les types de professionnels interrogés pouvaient ainsi être des intervenants (médecins, psychologues ou travailleurs sociaux) exerçant dans des structures dédiées à l'addictologie (CSAPA, équipes de liaison en addictologie, structures de première ligne) ou dans des



Figure 2 - Représentations sur les consommateurs de drogues* en 2008 (en %)



** Pourcentage de personnes qui pensent que ceux qui prennent beaucoup d'alcool/de l'héroïne/de la cocaïne/du cannabis…*

Source : EROPP 2008 (OFDT)

Perceptions des jeunes dans l'Union européenne

Les résultats de la dernière enquête Eurobaromètre sur les attitudes des jeunes face aux drogues [186] peuvent également apporter quelques éléments d'information relatifs à la cocaïne (malgré les limites liées à la taille des échantillons de chaque pays, voir Repères méthodologiques en annexe). Au total, 12 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans ont été interrogés sur différents items dans les 27 pays de l'Union européenne au mois de mai 2011. Cette tranche d'âge, parmi les plus concernées par l'usage du produit, a notamment été questionnée sur trois grands thèmes : les risques sanitaires, le statut du produit et son accessibilité.

Perception des risques sanitaires

Les conséquences sanitaires liées à un usage régulier de cocaïne sont réelles, selon les jeunes Européens : 95 % des 15-24 ans de l'UE estiment qu'une consommation de ce produit peut entraîner un risque sanitaire élevé ou moyen. On constate peu de variations pour cet item selon les pays. En revanche, les réponses sont moins unanimes dès lors que cette question du risque est abordée à propos d'un usage plus exceptionnel (c'est-à-dire un ou deux usages dans la vie). La part moyenne des Européens estimant qu'il y a un risque élevé ou moyen est alors de 66 %. Les jeunes Français interrogés semblent un peu plus sensibles aux risques puisqu'ils répondent positivement à 96 % et à 73 % aux deux questions.

Interdiction du produit

À propos du statut illicite de la cocaïne, les jeunes Européens interrogés approuvent massivement son interdiction (94 %). À titre de comparaison, héroïne et ecstasy se situent également au-delà de la barre des 90 % (respectivement 96 % et 92 %), alors que le niveau atteint à propos de l'interdiction du cannabis est de 59 %. Pour leur part, les jeunes Français interrogés en 2011 à propos de la cocaïne approuvent son interdiction à 92 %.

Accessibilité perçue

En moyenne, 22 % des jeunes Européens estiment qu'il leur serait très facile ou facile de se procurer de la cocaïne dans les 24 heures. Ces chiffres sont identiques à ceux de l'ecstasy, plus élevés que pour l'héroïne et moindres que pour le cannabis. Ce pourcentage moyen cache de grandes disparités (certains pays étant autour de 5 % quand d'autres se situent autour de 40 %). Le niveau de la France est pour sa part de 20 %. En fait, il apparaît que ce sont les cinq pays (Espagne, Danemark, Italie, Irlande Royaume-Uni) où les niveaux de consommation sont les plus élevés chez les jeunes adultes (voir chapitre 3.3) que l'on retrouve (dans un ordre légèrement différent) en tête de ce « classement » selon la disponibilité.

disciplines potentiellement concernées par la prise en charge directe de patients présentant des conséquences sanitaires liées à la consommation de ce produit (urgences, cardiologie, neurologie, obstétrique et psychiatrie notamment) (voir chapitre 5.1).

Cristallisation autour de deux figures de consommateurs

Il ressort de cette analyse que, globalement, deux grandes catégories sociales polarisent les représentations des intervenants sanitaires. Ces derniers distinguent les classes sociales très aisées socio-économiquement (« hyper-insérées ») et consommant de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate, d'une part, et les couches marquées par une forte précarité sociale incarnées par les polyconsommateurs et surtout par les usagers de crack, d'autre part. Dans cette logique, tout oppose les deux groupes puisque les premiers sont, d'après les personnes interrogées, issus des beaux quartiers et sniffent la cocaïne en milieu festif alors que les seconds vivent dans des squats du nord de Paris et fument du crack dans un contexte de polyconsommation et de très grande précarité. Cette cristallisation « bipolaire » occulte la part importante de consommateurs socialement insérés rencontrant également des usages problématiques de cocaïne et méconnaît la diffusion de ce produit dans des couches plus diversifiées de la population française [66].

Méconnaissances et référentiels inappropriés

Il apparaît que les représentations des soignants sont dans l'ensemble majoritairement structurées par leurs connaissances en matière d'opiacés et la dépendance physique qui y est associée. En parallèle, l'étude montre que les connaissances concernant la cocaïne, le crack et le free base ne sont pas toujours bien établies. Dans ce contexte, la représentation de la cocaïne comme drogue festive peu dangereuse reste partagée par nombre de soignants qui, face aux problèmes posés par le crack ou l'injection, auraient tendance à minorer les risques de la consommation par voie nasale.

En regard, les usagers interrogés par la même étude sur leurs perceptions relatives aux professionnels[158] rapportent souvent une méconnaissance de ceux-ci face à leurs troubles ainsi qu'une incompréhension quant aux effets du produit. Un usager précise par exemple que « [les spécialistes ne] comprennent pas. L'héro, ils la connaissent quand même un peu, c'est physique [...]. Mais là, ce qu'il y a là-dedans [la tête], [...] malheureusement, ils arrivent pas à comprendre ». Certains usagers de cocaïne sont convaincus que les soignants n'auraient qu'une seule réponse aux problèmes de toxicomanie, à savoir la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO), et qu'il faudrait qu'ils [les usagers] « passent » ou « repassent » par les opiacés pour démarrer des soins spécialisés. C'est pourquoi certains préfèrent taire ces

158. Au cours de l'étude précédemment rapportée, 37 entretiens ont également été menés auprès d'usagers issus de milieux insérés ou en situation de grande précarité.

consommations, en particulier ceux qui bénéficient d'une prescription de médicaments de substitution aux opiacés, de peur d'être exclus du protocole de soins. Ainsi, les espaces de soins, en particulier la médecine générale, ne sont pas pour ces usagers des lieux propices où ils peuvent faire part de leurs difficultés de consommation de cocaïne ; d'autant qu'aucune thérapeutique spécifique n'y est envisagée. L'anticipation de l'absence de réponse thérapeutique entraîne, de fait, l'absence de demande. De plus, comme une part non négligeable d'usagers ne considèrent pas leur consommation comme problématique ou à risque, cette absence d'échange s'en trouve renforcée [66].

LE POINT DE VUE DES CONSOMMATEURS

Un effet de « grosse confiance »...

Associée à l'univers festif et à une certaine idée de la réussite sociale, la cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, a bénéficié auprès de ses usagers d'une image largement positive au cours des quinze dernières années. Dès lors qu'elle est consommée avec modération, dans un cadre festif et sous forme sniffée, la cocaïne est perçue comme une substance dont la consommation pourrait « se gérer ». Elle est alors souvent jugée par les consommateurs comme moins nocive que d'autres drogues illicites. Ainsi, le risque infectieux lié au partage des pailles paraît totalement négligé par certains usagers des espaces festifs [26].

L'analyse des discours tels qu'ils apparaissent dans une étude récente sur les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés [164] est également instructive. Dans les propos rapportés des consommateurs, l'aspect stimulant et dopant d'un produit qui permet de se « tenir éveillé » est largement mis en avant, tout au moins au début des « carrières de consommation ». Certains parlent de « vitamine ». Outre l'endurance, des effets positifs liés à la convivialité, voire à la stimulation sexuelle, sont également mentionnés par les usagers. Lesquels, en parallèle, revendiquent de ne pas ressentir de conséquences négatives ou, en tout cas, de les considérer comme mineures. « Avec la coke, on a vraiment l'impression d'être, c'est une impression juste, d'être en toute possession de nos moyens tout en ayant derrière un effet de [...] un effet de grosse confiance. » [164].

Drogue de la performance ? En fait, la cocaïne est plutôt pour ces usagers la drogue de l'image de la performance, d'une illusion de la performance [75].

Perturbations et perceptions négatives

Les impressions deviennent d'ailleurs beaucoup plus nuancées, voire négatives, lorsque l'usage s'intensifie ou que le produit n'est plus sniffé. Les rapports successifs du dispositif TREND de l'OFDT ont mis en lumière le fait que les injecteurs de la substance subissent les contrecoups d'un mode d'administration perçu comme dégradant [11].

En fait, chez les consommateurs qui connaissent une période d'usage intensif de cocaïne, comme chez les usagers réguliers et chroniques qui ont souvent recours au free base, la « subtilité » des effets précédemment mise en avant n'est absolument plus de mise. Certes, une part des

consommateurs évoquent le free base comme un produit pur, voire haut de gamme [173, 183], et « tous confirment que l'administration en free base transforme radicalement les effets de la cocaïne » [164]. Mais, dans le même temps, les conséquences néfastes sont rapidement décrites. Le repli sur soi, les difficultés des relations sociales et familiales et surtout le sentiment de perte de contrôle sont largement évoqués. Compte tenu de la focalisation sur le produit qu'elle entraîne, c'est, le plus souvent, à cette forme free base que sont attribuées les difficultés générées par l'usage.

Si cette forme base s'accompagne pour les usagers d'une modification de la perception de la substance et casse l'image inoffensive et positive de la poudre, les représentations du crack sont, elles, toujours extrêmement sombres. Diamétralement opposé au produit consommé dans les espaces festifs, le crack est perçu, y compris par ses usagers, comme « la pierre du diable », « la pierre des ténèbres » dans les départements d'outre-mer. Tandis que, en métropole, le produit, essentiellement présent dans le nord de Paris, a également une image très négative, à savoir celle d'un « déchet » [26].

Possibles signes de dégradation à surveiller

Depuis 1999, date à partir de laquelle le dispositif TREND a recueilli chaque année des données à ce sujet, le caractère positif de l'image de la cocaïne ne s'était jamais démenti. Or, il semblerait qu'en 2010 les observateurs rapportent une nette détérioration de la figure du chlorhydrate de cocaïne dans les populations rencontrées [140].

Cette dégradation prendrait deux tournures, tenant d'une part à la nature du produit et, d'autre part, aux formes sous lesquelles il circule en France.

S'agissant de la nature du produit, il semble qu'après quinze ans de diffusion ininterrompue, les manifestations négatives en termes sanitaires apparaissent. Ainsi, en 2010, de nombreux intervenants du dispositif TREND font état au sein des populations d'usagers les plus expérimentés d'une prise de conscience relative à la nocivité de la substance.

Dans le même temps, de plus en plus de consommateurs se plaignent, non du produit en lui-même, mais de son rapport qualité/prix qu'ils jugent en nette dégradation. En effet, la diminution du prix moyen du gramme constatée depuis dix ans semble avoir été interrompue (le prix du gramme se situerait dorénavant, selon des données qui restent à confirmer, aux alentours de 70 euros au lieu de 60), faisant de la cocaïne un produit relativement cher. En outre, la teneur moyenne en principe actif aurait tendance à se réduire, suscitant le mécontentement.

Il en va finalement des drogues illicites comme des produits de consommation courants : des mouvements de mode et des retournements de cycle peuvent apparaître du fait de la lassitude des consommateurs. Longtemps jugée comme un stimulant en phase avec son époque, la cocaïne n'a pas toujours bénéficié de la même image et suscité le même engouement (voir encadré). Récemment, d'autres drogues comme l'ecstasy ont connu de tels phénomènes. Même si ces manifestations sont encore minimes, il semble judicieux de scruter les évolutions à venir, afin de déceler si un réel phénomène de modification de l'image de la cocaïne se confirme.

Les années 1920 sous le signe de la cocaïne

Maitena Milhet

Les premiers usages attestés de cocaïne remontent à la fin du XIXe siècle. Il s'agit alors d'une utilisation essentiellement dans et par les milieux médicaux, à des fins thérapeutiques notamment. Comme à la découverte de chacune des drogues modernes, le monde médical croit alors avoir trouvé un médicament miracle. Ses propriétés anesthésiques locales ravissent les chirurgiens ophtalmologues et l'on pense pouvoir guérir grâce à elle aussi bien la neurasthénie que la dépendance à l'opium, à la morphine ou à l'alcool. Les principaux cas de cocaïnomanie de cette période découlent de ces usages iatrogènes, certains malades devenant dépendants à la suite d'un traitement ou d'une opération chirurgicale. À la fin du XIXe siècle apparaît également un usage de vin dans lequel des feuilles de coca ont infusé. Le plus célèbre est celui mis au point par un pharmacien d'origine corse, Angelo Mariani. Son breuvage, le vin Mariani, fait l'objet d'une intense promotion et connaît un large succès [166].

C'est toutefois dans les années 1920 que la cocaïne fait particulièrement parler d'elle, au point de devenir, après la morphine des années 1890 et l'opium de la Belle Époque, un véritable symbole de la décennie 1920-1930. Assimilée à un nouveau péril toxique, véritable déferlante menaçant l'édifice social, la cocaïne concentre alors l'inquiétude des autorités. Ses prétendus ravages font l'objet de campagnes médiatiques retentissantes et exercent une fascination dans le monde artistique (littérature, théâtre et cabaret). À en croire un journaliste de l'époque, on mourait tous les jours de la cocaïne[159], tandis que les estimations les plus fantaisistes sur le nombre de cocaïnomanes circulent : la France en compterait 60 000 selon la presse, et Paris, 80 000 en 1924, selon les dires du préfet [4].

Cette représentation apocalyptique est portée par le climat d'inquiétude plus général qui baigne la France d'après-guerre et par un imaginaire qui fait de la drogue un agent mortifère contaminant le corps social jusque dans ses fondements moraux. L'usage de cocaïne, en particulier, est associé aux plaisirs louches, à une débauche de jouissance synonyme d'un relâchement moral intolérable. La cocaïne serait cet aphrodisiaque licencieux dont s'enivre « la garçonne », femme de mauvaise vie entraînant dans son sillage des individus de peu de vertu. Archétype de la débauche d'un côté, la cocaïne véhicule également l'image par excellence de « la drogue de l'individu moderne emporté dans des flux toujours plus rapides » [161]. Simples, discrètes et rapides, les prises de cocaïne contrastent avec les longs rituels de l'opium.

...

159. Henri Simoni écrit ainsi dans L'Œuvre du 5 novembre 1920 : « La cocaïne constitue un danger autrement plus grave [que l'opium]. Elle est répandue partout. […] On meurt bien rarement de l'opium, on meurt tous les jours de la cocaïne. »

…

À rebours de ce registre sensationnaliste, l'historienne Emmanuelle Retaillaud-Bajac propose, dans un ouvrage paru en 2009 [161], une estimation bien moindre de la prévalence des consommations, toutes drogues confondues, fondée sur les statistiques judiciaires et médicales disponibles. Tout en rappelant qu'il n'existe à l'époque aucune donnée statistique fiable, l'historienne avance que, même à considérer que les données disponibles ne correspondent qu'à 1 % de la réalité de l'époque, les usagers réguliers de drogues auraient été au nombre de 10 000. À ses yeux, la réalité se situe quelque part entre 1 000 et 10 000 personnes dans une France qui compte alors 39 millions d'habitants. Elle estime à 5 000 le nombre de consommateurs chroniques, dont plus de la moitié vivrait en région parisienne. En élargissant ce chiffre aux personnes qui ont pu être concernées de façon occasionnelle par la drogue, elle avance qu'il serait peu raisonnable d'aller au-delà des 10 000 à 15 000 personnes touchées par un usage plus ou moins intensif de drogues, ce qui situe la France de cette période à mille lieues de la « société intoxiquée » décrite par les médias de l'époque ou par certains historiens.

Les données concernant la morphologie effective des usages montrent que la cocaïne des années 1920 est surtout consommée dans des contextes festifs. Particulièrement prisée par les artistes et les chanteurs, quand les écrivains lui préfèrent la morphine et l'héroïne, elle symbolise la drogue de la fête et du noctambulisme, présente dans les quartiers de plaisir (Montmartre à Paris, Le Panier à Marseille). Face à l'aristocratique opium, la cocaïne est une drogue vulgaire, « au mieux festive et vaguement crapuleuse » [39]. C'est autour d'elle, à Montmartre, que prendrait forme le trafic de drogue « moderne », commerce de professionnels, structuré en plusieurs échelons, et où « le milieu » est désormais implanté [202].

À partir du milieu des années 1920, un nouveau cycle de consommation va progressivement prendre le relais : celui de l'héroïne. Marginale jusque-là, l'héroïne éclipse la morphine et devient l'opiacé dominant. La cocaïne continue toutefois de circuler dans les milieux de la nuit, restant confinée dans certains cercles aisés ou dans l'univers du banditisme et de la prostitution. Même si elle n'occupe pas une place centrale dans les consommations, elle est également associée aux opiacés dans des pratiques de polyconsommation par lesquelles les usagers cherchent une complémentarité entre détente et stimulation.

Repères méthodologiques

EROPP, Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? », Étude « Usagers cachés de cocaïne », Eurobaromètre, TREND

7.2
Les ambivalences du discours médiatique

Julie-Émilie Adès

Parce qu'il contribue à fixer l'agenda public, à définir les questions qui émergent, à influencer les attitudes individuelles ou collectives et enfin à nourrir le débat tout comme les décisions politiques, le discours des médias sur les drogues est un objet d'examen particulièrement pertinent [113]. En outre, pour le grand public qui n'a pas forcément une expérience et une connaissance directes des drogues illicites, les médias sont le principal vecteur d'information [55]. Et ces médias traitent avec régularité du sujet des drogues et de la cocaïne en particulier. Deuxième substance illicite la plus consommée en France, la cocaïne tient une place aux premiers rangs du point de vue médiatique. Quotidiens, hebdomadaires, magazines généralistes ou spécialisés, journaux télévisés, émissions de reportages ou de débats, articles sur le Web… La cocaïne suscite nombre d'échos. Ces différents messages seront d'abord analysés selon leur contenu avant que, dans un deuxième temps, les raisons de cet intérêt ne soient recherchées.

Similitude des contenus

Émulation

« Alerte à la coke » en appel de une du *Journal du dimanche*, le 8 décembre 2002 ; « Alerte à la cocaïne », le 29 janvier 2004, à la une du *Nouvel Observateur* ; « Cocaïne l'alerte », en couverture du magazine *Choc* en juillet 2007 ; encore une fois « Alerte à la cocaïne » pour la couverture de *L'Express* le 13 mars 2008 (voir cahier des illustrations) ; puis ce même titre sur une double page du mensuel lycéen *Phosphore* en juin 2009 ; sans compter une émission de 66 minutes sur M6, « Alerte à la cocaïne chez les ados », diffusée le 29 avril 2009… Et il ne s'agit ici que d'un aperçu.

En 2007, l'émission de France 2 « Envoyé spécial » a diffusé, en 8 mois, deux sujets sur la cocaïne (un record) : « Comme une traînée de poudre », le 22 mars, et « Cocaïne, les nouveaux accros », le 22 novembre suivant. Fin 2010, *L'Express* a consacré sa deuxième une en deux ans et demi au sujet, « Cocaïne, la déferlante », le 24 novembre 2010.

Depuis plusieurs années, l'appétence des médias ne se dément pas : la cocaïne est, chaque année, le produit qui suscite le plus d'articles derrière le cannabis. Un sujet « cocaïne » qui semble si populaire que, parfois, l'émulation tourne à la concurrence. Ainsi l'hebdomadaire *Marianne*, le 22 janvier 2011, stigmatise ses homologues qui se sont penchés sur la question juste avant lui. : « Ces dernières semaines, *Les Inrockuptibles*, *Top Santé* et *L'Express* se sont fendus de unes sur l'invasion de la poudre cristalline ». Quant au magazine culturel *Technikart*, dans son numéro de février 2011, il cite un noctambule ironisant à propos du phénomène : « Même *L'Express* en a fait sa couv. Bientôt ce sera *Okapi* ou *Seniors magazine* qui titreront dessus. »

Chiffres et témoignages

Cet engouement général s'accompagne de constantes dans l'angle des articles et la structure des dossiers. Comme les autres drogues, la cocaïne est un motif qui se décline en différentes rubriques. La santé en est un, mais le volet sanitaire est ici loin d'être prioritaire. Il est d'ailleurs souvent délégué par les journalistes, qui ne sont pas des spécialistes, à des médecins (en général les mêmes d'un titre à l'autre) évoquant, lors d'interviews, les risques et les conséquences des usages.

Les chiffres relatifs aux niveaux d'usage sont, en revanche, largement cités car supposés garantir une information fiable et robuste. Or, si l'usage des statistiques officielles est, sous couvert d'objectivité, une façon de vulgariser, il peut permettre de dramatiser [123, 169]. C'est vrai pour tous les produits illicites et particulièrement fréquent pour la cocaïne. « 250 000 consommateurs. La France menacée par la marée blanche », annonce *Choc* le 19 juillet 2007. « La coke aurait tenté 2 millions de personnes » (*Le Journal du dimanche*, 17 mai 2009). Autre catégorie de chiffres particulièrement sollicitée : l'âge. « Dès 15 ans ils sont accros à la cocaïne », indique *Le Parisien* du 27 janvier 2009.

Les trafics internationaux et locaux, les trajets d'acheminement et les filières sont aujourd'hui parmi les sujets les plus souvent évoqués. Là aussi, il y a inflation de chiffres (pourcentages, kilos, tonnes, euros). « Les saisies ont augmenté de 25 % en 2008 » (*Le Journal du Dimanche*, 17 mai 2009), « 1,4 tonne de cocaïne planquée dans des monocoques » (*20 minutes*, le 24 décembre 2002), « Cent-dix kilos de cocaïne découverts à Neuilly » (*Le Parisien*, 28 novembre 2010), « 150 kg dans des chaussons de danse » (*Le Parisien*, 31 août 2011) ou « 1,5 million dans la voiture des trafiquants colombiens », le 10 novembre 2010 toujours dans *Le Parisien*. Ces trafics de cocaïne sont enfin l'occasion d'évoquer des personnages à la fois coupables et victimes, les mules ou « bouletteux », qui transportent le produit dans leur corps. En juin 2005, « Envoyé spécial » évoque dans un reportage « les passagers de la mort ». *Le Journal du Dimanche* du 1er février 2004 raconte « La triste fin d'une mule ». Le 30 mars 2008, le même journal s'intéresse à Yesenia : « Morte à 15 ans, 47 boulettes dans le ventre ». Tandis que, quelques semaines plus tard, le 1er mai 2008, *Le Nouvel Observateur* consacre ses pages aux « Coursiers de la mort ».

Autre rituel mettant en scène des « caractères » : les incontournables témoignages de consommateurs – anonymes

ou pas – sont légion concernant la cocaïne. « Janis, 14 ans, 10 grammes par mois » (*Le Journal du dimanche*, 17 mai 2009), « Moi, Jérémy, accro à la coke » (*Le Nouvel Observateur*, 29 janvier 2004), « Nous on en prend parce qu'on est heureux » (*Le Monde*, 27 mars 2011). Dans « Coke au féminin », le numéro de *Marie Claire* d'octobre 2006, « Trois femmes racontent comment le piège se referme ». « La cocaïne a brisé ma vie », déclare Alexandre Anthony (fils du chanteur Richard Anthony) dans *Le Parisien* du 30 juin 2008. La particularité de cette drogue réside sans doute dans l'évocation continuelle des consommations des vedettes : de Kate Moss à Jean-Luc Delarue, Frédéric Beigbeder ou Amy Winehouse, leurs frasques et dérives font l'objet d'une multitude d'articles. Quand il ne s'agit pas de véritable mise en scène d'une confession (Jean-Luc Delarue dans l'émission « Complément d'enquête » le 17 janvier 2011).

« Tics de langage »

Approches communes, angles similaires, témoignages très proches… Il y a aussi les proximités sémantiques.

La récurrence du terme « Alerte » mentionnée plus haut est éloquente. La répétition traduit l'emploi de stéréotypes identiques[160]. Ces dernières années, ce mot d'alerte, par ailleurs souvent utilisé pour d'autres drogues (héroïne, drogues de synthèse), paraît n'avoir été que rarement employé à bon escient. (Sauf quand, par exemple, le 13 janvier 2005, *Le Parisien* titre avec justesse « Alerte au cocktail mortel de cocaïne » et que *France Soir* annonce le même jour « Alerte à la cocaïne atropine ») (voir chapitre 2.3).

Catastrophe, tsunami, déferlante, inondation, épidémie, fléau : de longue date, les médias ont mobilisé ces images pour évoquer les drogues [13]. Aujourd'hui, ce vocabulaire tragique est encore très fréquent : la cocaïne n'y échappe pas, au risque que ces mots semblent presque vidés de leur sens et que les avertissements perdent en efficacité. Parmi les autres « purs tics de langage journalistique » [3], il y a aussi le goût pour la nouveauté. Nouvelles routes du trafic, nouveaux consommateurs, nouveaux accros, nouveaux caïds… Il s'agit à chaque fois de débusquer et de révéler.

Enfin, autour du chlorhydrate, les articles filent des métaphores identiques. Il y a des cohortes de lignes et de rails. Et quantité de « poudreuse », « traînée de poudre », « cristalline », « flocon », « blanche », etc. Le 22 octobre 1984, *le Point* titrait : « Cocaïne. Marée blanche sur la France » ; le 21 août 2008, c'est « L'or blanc des blacks des cités ». Autant d'éléments de langage finalement déconnectés du sujet, autant de jeux sur les mots qui peuvent contribuer à marquer une forme de proximité avec l'univers de la « coke »[161], comme il est souvent dit par connivence.

Même si le Code de la santé publique (article L.3421-4) précise que toute représentation favorable d'un produit, en particulier dans la presse, peut être réprimée (voir chapitre 6.1), même si, en 2003, le

160. Déjà, le 8 septembre 1969, Le Nouvel Observateur *titrait… « Alerte à la drogue ».*

161. Héro, méth, méph… de façon générale, les médias aiment jouer sur les abréviations pour évoquer les drogues.

rapport du Sénat « L'autre cancer » dénonçait à propos des vedettes du show-business et des médias « le bruit de fond complaisant envers la drogue » [147], ce ton a tendance à perdurer et à être relayé. Ainsi, en juin 2010, une soirée consacrée aux dangers de la cocaïne organisée à la Conciergerie par la Préfecture de police de Paris a été intitulée « Spéciale coke »[162]. Une démarche « marketing » qui a trouvé un large écho dans les médias, comme le montre le compte rendu du 4 juin 2010 sur le site Rue89 intitulé « Coke party à la Conciergerie ».

Fascination et... répulsion

Reste à chercher les raisons de ce qui ressemble à une fascination collective.

Certes, l'intérêt des médias peut paraître légitime et, somme toute, logique au regard de l'importance croissante des trafics et de la diffusion en hausse du produit tant en Europe qu'en France (voir chapitres 2.2, 3.2 et 3.3). Mais l'attrait pour le sujet ne peut s'expliquer uniquement par la stricte relation aux faits. D'ailleurs, on a pu constater à plusieurs reprises que l'écho médiatique rencontré par une substance illicite n'est pas forcément en lien avec sa présence avérée. Ces dernières années, la véritable tocade médiatique pour la méthamphétamine, un produit pourtant quasi invisible en France [41], ou, plus récemment, l'emballement à propos de l'apparition de la méphédrone (et qui, de fait, a surtout assuré de la publicité au produit, attirant de nouveaux consommateurs) l'ont largement prouvé. Entre audience du produit et présence avérée, il n'y a pas forcément de lien rationnel.

Proximité

Si la cocaïne attire les médias, ce n'est donc pas uniquement parce que sa diffusion s'accroît un peu partout.

C'est d'abord un produit dont cette sphère professionnelle semble particulièrement proche, peut-on avancer pour expliquer le phénomène. L'affaire Delarue a mis en lumière la consommation d'un journaliste vedette de la télévision laissant supposer qu'il ne s'agissait pas d'un cas isolé[163]. On sait par ailleurs que l'usage de la substance concerne particulièrement des métiers regroupés sous la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures », incluant les professions des arts du spectacle [9]. Ce que, dans l'article de *Marianne* déjà cité, l'ethnologue Astrid Fontaine traduit par « les journalistes en voient partout parce qu'ils la côtoient d'un peu trop près ».

Un côté sulfureux

Cette forme de complicité n'est pas entièrement nouvelle. En 2003, un travail conduit par l'OFDT dans le cadre du dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) autour du traitement médiatique des drogues [78] insistait sur les clins d'œil et l'ironie des médias pour jeunes étudiés à propos des drogues. Dans un contexte de « libération de la parole »,

162. http://www.prefecturedepolice.interieur.gouv.fr/Prevention/Lutte-contre-les-drogues/Soiree-speciale-coke-!

163. Quitte à entraîner un certain « déballage », Pierre Lescure, ancien président de Canal+, ayant évoqué dans Technikart *de février 2011 une descente de la Brigade des stups à la chaîne hébergeant Jean-Luc Delarue, celui-ci lui répond sur le site de* TV magazine *le 3 février, rétorquant que la cocaïne circulait auprès de nombreux collaborateurs de la chaîne…*

sans en faire clairement l'apologie, ces titres laissaient affleurer l'idée d'une revendication de l'usage face à une société dont le rapport aux substances illicites était considéré comme arbitraire. Cette étude montrait en outre que la cocaïne était, juste derrière le cannabis, le produit le plus cité, à égalité avec l'ecstasy. Les titres étudiés[164] insistaient sur la démocratisation de sa consommation alors que, de façon plus générale, les auteurs mettaient en exergue un contexte où l'usage de drogues en lui-même était relativisé au profit de l'addiction, comportement jugé consubstantiel à la société contemporaine, ne relevant pas seulement de l'univers des substances psychotropes.

Depuis, dans ce type de journaux destinés à un public urbain, la cocaïne a continué à jouer un rôle de premier plan. « Faut-il se droguer pour réussir ? », titre *Technikart* en avril 2008, évoquant dans son dossier une « percée de la coke chez les lycéens » et se demandant : « La coke rend-elle beau ? ». « Comment la coke s'invite dans les dîners », raconte pour sa part le magazine masculin *GQ* en juin 2010, pour qui c'est « un moyen de sociabiliser ».

Plus largement, souvent présentée comme un produit de la performance, qui permet de « vivre vite », « la cocaïne colle à l'époque » [114].

C'est « la drogue d'aujourd'hui » (*Le Nouvel Observateur*, 29 janvier 2004). Bien moins familière que le cannabis, elle conserve le caractère sulfureux d'une « vraie » drogue illégale qui pose des problèmes de dépendance tout en étant, en même temps, associée à l'idée de réussite sociale. En fait, la cocaïne semble correspondre idéalement au « casting » que recherchent les médias quand ils évoquent les drogues : substance glamour, liée dans l'imaginaire collectif aux univers des plus nantis, des puissants et des people, c'est aussi une drogue dont l'évocation renvoie à des réalités criminelles fascinantes (Pablo Escobar) ou à des personnages mythiques troublants (le Tony Montana du *Scarface* de Brian De Palma).

Le cracker : la nouvelle figure du toxicomane

D'autant que la substance a aussi un revers. Celui qui inquiète réellement, et dont on traque l'apparition ou la réapparition quand elle se manifeste sous la forme, certes particulière, du crack. Ici, le discours médiatique renoue quasi systématiquement avec les accents dramatiques (et parfois stéréotypés) qui avaient cours dans les années 1990, au plus fort des problèmes liés à l'héroïne. Quand il s'agit de la cocaïne base, la distance et l'ironie ne sont plus de mise : « Crack, l'enfer à Saint-Denis », indique un des reportages diffusé sur France 2, le 29 septembre 2009, dans le cadre de l'émission « Complément d'enquête ». « Le crack de retour dans la capitale », s'inquiète *Paris Match* le 24 février 2011. « Au cœur de Saint-Denis, la bataille du crack », raconte *L'Humanité* le 27 octobre 2011 à propos de cette « drogue dévastatrice ». La version mensuelle de Rue89 publie en février 2011 un long reportage : « Les confessions d'un dealer de crack ». Le ton

164. L'Affiche, Têtu, Max, Technikart, Coda, Trax, Nova.

n'est ni complaisant ni spécialement voyeuriste, mais le tableau est dévastateur : « Le crack, c'est un processus de destruction rapide », dit le dealer. « Le milieu du crack est un lieu de vice », poursuit-il. À chaque fois, les évocations de ces articles appellent des images de déchéance et de peur. Celles d'un autre univers totalement étranger à celui des journalistes et des lecteurs.

Il est très rare que le lien entre crack et free base soit établi (*le Monde*, 19 juillet 2009), renvoyant les usagers du premier aux marges de la société. Et ce n'est certainement pas un hasard si nombre d'articles consacrés au sujet sont accompagnés de grandes photos de reportage. Comme celui réalisé en Guyane dans *Le Figaro* magazine du 29 janvier 2011, où il est mentionné en intertitre « le crack au prix d'un café crème », entre des clichés d'interpellations et de perquisitions. Le 2 novembre 2004, dans *Libération*, « À la Chapelle, le squat veut sortir du non-droit » montre l'hébergement sordide des « fumeurs de crack ». *Le Monde* du 1er mars 2005 accompagne aussi son article « Dans l'enfer des crackeurs » d'un cliché de cage d'escalier délabrée. Le 19 juillet 2009, en complément d'un article du *Monde*, « L'usage du crack se banalise en Île-de-France », un grand portrait occupe près d'un quart de page à propos de « la survie au jour le jour de Mory Kaba, crackeur ordinaire ».

« L'usage du crack est partout associé à la violence urbaine, à la déchéance, à la fatalité, à la démence… », écrivaient les auteurs du rapport sur les médias en 2003 [78]. C'est le produit qui fait peur, du fait notamment de ses usagers marginaux effrayants personnifiant, après les héroïnomanes des années 1970, le nouveau visage du toxicomane.

Nouvelle image ?

Entre attirance et répulsion, entre attraction et dégoût, la cocaïne semble donc incarner une drogue « modèle » pour les médias. Ambivalente, elle autorise « une tendance à la diabolisation mais aussi une certaine fascination » [42]. Or, comme le dit Pierre de Taillac dans un ouvrage couvrant l'imaginaire des drogues depuis le milieu du XIXe siècle, « en matière de drogues la représentation importe plus que la réalité » [47].

La vedette addict, le consommateur branché parfaitement intégré, le cadre supérieur sous pression, le jeune basculant dans des consommations dangereuses ou l'usager lambda perdant pied sont, avec le consommateur de crack ultra précaire, autant de figures devenues presque familières. Familières mais pas forcément réelles et, de toutes façons, fragiles. Concurrencée par d'autres produits (les « *legal highs* », nouvelles drogues de synthèse, notamment) la cocaïne pourrait-elle changer d'image ? « La coke, c'est ringard », concluait sans appel le fêtard cité plus haut par *Technikart*. Quant au magazine musical britannique *Mixmag*, dans son enquête annuelle sur les drogues auprès des lecteurs-usagers publiée en février 2010, il tranchait : « La cocaïne n'incarne plus comme par le passé ce stupéfiant sexy et dangereux » … À suivre.

Repères méthodologiques

Veille média du dispositif TREND

Annexes

Textes législatifs

La législation française ne distingue pas spécifiquement la cocaïne ou le crack des autres stupéfiants dans les textes législatifs. Ainsi, seuls les textes les plus anciens relatifs notamment aux conventions internationales citent explicitement la coca ou la cocaïne.

Cette liste reprend les textes législatifs évoqués au cours de ce rapport pour en donner les références exactes ; ils sont classés par ordre chronologique. Le lien Internet renvoie pour chaque texte à la base législative OFDT/MILDT, qui permet la consultation du texte en version intégrale. Cette base législative peut également être interrogée directement à cette adresse : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/bdoc.html

Conventions internationales

Convention internationale de l'opium signée à La Haye le 23 janvier 1912, et pièces ultérieures s'y rapportant
Recueil des traités et des engagements internationaux enregistrés par le secrétariat de la Société des Nations, 1922, vol. 8, n° 1-4, pp. 187-239

Convention internationale de l'opium signée à Genève le 19 février 1925, adoptée par la deuxième conférence de l'opium (Société des Nations) et protocole relatif
Recueil des traités et des engagements internationaux enregistrés par le secrétariat de la Société des Nations, 1929, vol.81, n°1-4, pp. 317-358

Convention signée à Genève le 13 juillet 1931, pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, et protocole de signature
Recueil des traités et des engagements internationaux enregistrés par le secrétariat de la Société des Nations, 1933-1934, vol. 139, n°1-4, pp. 301-349

Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (avec tableaux) et Acte final (avec résolutions jointes en annexe) de la conférence des Nations unies pour l'adoption d'une convention unique sur les stupéfiants
Nations unies, Recueil des traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au secrétariat de l'Organisation des Nations unies, 1964, vol. 520, I. n° 7511-7515, pp. 151-417

Convention de 1971 sur les substances psychotropes
New York, UN, 1971, 33 p.

Protocole du 25 mars 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961
Nations Unies, Recueil des Traités / Treaty Series, 1975, vol. 976, pp.3-103

Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de conclues à Vienne le 20 décembre1988
Nations Unies, Recueil des Traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, 1990 vol. 1582, I. n°27621-27627, pp. 95-407

Textes français

Loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne
JO du 14 juillet 1916, pp. 6254

Loi n° 53-1270 du 24 décembre 1953 modifiant et complétant les dispositions législatives relatives à la répression du trafic et de l'usage illicite des stupéfiants
JO du 25 décembre 1953, pp. 11535-11536

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
JO du 3 janvier 1971, pp. 74-76

Loi n° 86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social
JO du 18 janvier 1986, pp. 888-892

Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
JO du 16 mai 1987, pp. 5399-5400

Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L.355-23 du Code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine
JO du 20 janvier 1988, pp. 944-945

Circulaire DGLDT/CRIM/DGS n° 20C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique
http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=480

Loi n° 96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime
JO du 14 mai 1996, pp. 7208-7211

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
JO du 28 juillet 1999, pp.11229-11249

Loi n° 99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale
JO du 24 juin 1999, pp. 9247-9252

Circulaire DGS/DHOS/DGAS n°2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille
BO Santé n° 2004/42 du 30 octobre 2004

Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité
JO du 10 mars 2004, pp. 4567-4637

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
JO du 11 août 2004, pp. 14277

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique
JO du 15 avril 2005, pp. 6732

Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie
BO Santé n° 2006/2 du 15 mars 2006, pp. 171-182

Circulaire DGS/MILDT/SD6B n° 2006/462 du 24 octobre 2006 relative à la mise en place des communautés thérapeutiques
BO Santé, protection sociale et solidarités n° 2006/11 du 15 décembre 2006, pp.126-128
Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance
JO du 7 mars 2007, pp. 4297

Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
JO du 15 mai 2007, pp. 8997

Circulaire DGS/MC2 n° 2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
BO Santé, protection sociale, solidarité n° 3 du 15 avril 2008, pp. 186-207

Circulaire DGS/MC2 n° 2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogue de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B
BO Santé, protection sociale et solidarités n° 12 du 15 janvier 2010, pp. 289-292

Loi n° 2011-392 du 14 avril 2011 relative à la garde à vue
JO du 15 avril 2011, pp. 6610

Instruction interministérielle DGS/MILDT/DGCS/DSS n° 2011-25 du 17 janvier 2011 relative à la sélection des projets dans le cadre de l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives aux soins, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médico-social en addictologie
http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=65972

Glossaire

Sans prétendre à l'exhaustivité, ce glossaire recense des termes en lien avec la cocaïne, ses modes de consommation ainsi que la terminologie employée par les usagers.

ADULTÉRATION : terme utilisé pour faire état de l'ajout intentionnel à un produit donné de substances non indiquées au consommateur. Ce terme est employé dans le cas particulier des produits illicites pour désigner les substances bon marché ajoutées, au moment de la coupe, au produit de base, le plus souvent dans le but d'en augmenter le poids (voir aussi contamination). Les adultérants diffèrent des diluants, également produits de coupe, mais se présentant sous forme de produits pharmacologiquement inertes.

BASAGE : technique par laquelle le chlorhydrate de cocaïne est transformé, à chaud, en crack ou free base par le biais de l'adjonction d'un produit alcalin (ammoniaque le plus souvent ou bicarbonate de sodium).

BLACK JOINT : cigarette contenant un mélange associant du crack à du cannabis (herbe) voire à du tabac.

BONBONNE : terme désignant le conditionnement d'une dose de cocaïne destinée à la revente dans un emballage en plastique thermo-soudé. Ces bonbonnes sont susceptibles d'être avalées par les passeurs/mules.

BONNES PRATIQUES : désigne un ensemble de pratiques et de comportements qui font consensus dans un milieu professionnel. On évoque en général des recommandations de bonnes pratiques.

CARRIÈRE : terme employé pour évoquer le parcours d'un consommateur de drogues du point de vue de l'évolution de ses usages de produits psychotropes : motivations de l'usage, substances consommées et fréquences des consommations, place et impact de l'usage dans la vie du consommateur. Une carrière comporte le plus souvent différentes étapes.

CARTEL : terme relevant du domaine des sciences économiques désignant une entente entre producteurs ou commerçants visant à limiter la concurrence. Par extension, le terme en est venu, dans les années 1980, à qualifier les organisations criminelles impliquées dans le trafic de cocaïne.

CAILLOU(X) : désigne le plus souvent la forme sous laquelle se présente le crack, une fois que la galette (voir ce terme) a été désagrégée en morceaux. Dans ce contexte, un caillou correspond généralement à une dose consommée. Le terme caillou est parfois assimilé à « galette », c'est-à-dire à une unité de vente que l'on peut séparer en plusieurs doses à consommer. Il peut également servir à désigner la substance (le crack).

COCAÏER, COCA : arbuste d'Amérique latine dont les feuilles sont récoltées avant d'être séchées, mélangées à différents produits chimiques et transformées en pâte. La consommation des feuilles est également pratiquée traditionnellement dans certains pays d'Amérique latine (mastication, infusion).

COCAÏNE : le chlorhydrate (sel) de cocaïne correspond à la forme finale de la transformation de la pâte. Elle se présente sous forme de fine poudre blanche. Elle se consomme le plus souvent en sniff (voie nasale). Parmi les nombreuses appellations de la cocaïne figurent les termes suivants : c, cc, coke, coco, Cécile, Caroline, cesse, blanche, neige…

CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS : consultation d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des consommateurs de produits psychoactifs (souvent le cannabis) le plus souvent rattachée à une structure de soins spécialisée en addictologie ou à un service hospitalier.

CONTAMINATION : introduction accidentelle (l'adultération est intentionnelle – voir ci-dessus) de substances ou de germes pendant la culture, la manipulation et le transport du produit, par exemple : contamination de la plante par des pesticides ou herbicides lors de leur culture ou contamination d'une drogue par une autre lors d'une manipulation.

COUPAGE, COUPE (produits de) : désigne les différentes substances pharmacologiquement inertes (diluants) ou actives (adultérants) ajoutées au produit psychoactif avant qu'il ne soit acquis par l'usager.

CRACK ou FREE BASE : produit obtenu après transformation du chlorhydrate de cocaïne. La cocaïne sous sa forme chlorhydrate (poudre/sel) est modifiée après dissolution dans de l'eau et adjonction d'un agent alcalin ; le mélange est ensuite porté à ébullition. La substance qui se dépose puis est séchée constitue le « crack » ou le « free base ». À l'origine ces deux termes, nés sur le continent américain, correspondent à l'ajout de bicarbonate de sodium ou d'ammoniaque à la cocaïne. En France, ce sont surtout les contextes différents de consommation qui déterminent leur utilisation. Le crack est vendu déjà préparé, sous la forme d'une « galette » friable en « cailloux » ou cristaux qui se consomment le plus souvent fumés (voie pulmonaire), à l'aide d'une pipe. Il tire son nom du bruit que fait le caillou de crack lors de son chauffage. Le free base est quant à lui souvent fabriqué directement par l'usager. Parmi les différentes appellations du crack figurent les termes suivants : galette, caillou, youx, kecra. Pour le free base on rencontre également caillou et galette mais aussi base.

CRACKER, CRACKEUR : consommateur de crack.

CRAVING : envie irrépressible de consommer qui apparaît quelques jours ou quelques heures après la dernière prise du produit psychoactif. Il est soulagé par la prise du produit. La cocaïne est à l'origine d'un *craving* très intense qui peut survenir même après un long temps d'abstinence (plusieurs mois, voire années).

DÉPENDANCE : désigne le fait de ne pouvoir se passer de consommer une substance, source de difficultés, sous peine de souffrance physique et/ou psychique ou d'une altération du fonctionnement social. En cas de dépendance, l'arrêt de la cocaïne entraîne un syndrome de sevrage qui peut durer de quelques jours à plusieurs semaines. Mais la dépendance psychique qui se manifeste par le *craving* peut continuer à survenir bien au-delà de la période du syndrome de sevrage.

DESCENTE : période de décroissance des effets d'une substance, en général stimulante. Cette phase, selon les substances, peut être vécue très désagréablement sur le plan psychologique en s'accompagnant notamment de symptômes dépressifs. Les usagers peuvent avoir recours à d'autres substances, notamment opiacées, pour en atténuer les effets.

DISPONIBILITÉ PERÇUE : présence globale d'une substance dans un espace géographique donné. Cette disponibilité est dite perçue dans la mesure où elle est appréciée par les usagers eux-mêmes ou par des observateurs « sentinelles », comme dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT.

DRUG COUNSELLING : conseils en matière d'usage et de prévention délivrés sous forme d'entretiens individuels ou collectifs.

ESPACE FESTIF : désigne, dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, les lieux où se déroulent les événements festifs relevant de la culture techno ou de la musique électronique. Il englobe l'espace dit « alternatif » (free parties, teknivals, zones alternatives des festivals, etc.) mais aussi l'espace commercial ou conventionnel (clubs, discothèques voire soirées privées).

ESPACE URBAIN : désigne, dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, les lieux de la ville où il est possible d'observer des usagers actifs de drogues. Il s'agit des structures d'accueil ou de soins dédiées aux usagers de drogues et des lieux ouverts (rue, squat, zones de deal…).

EXPÉRIMENTATION : au moins un usage au cours de la vie. Cet indicateur permet de mesurer la diffusion d'un produit dans la population.

FLASH : sensation fulgurante et intense provoquée par l'absorption du produit. Souvent employé dans le cadre de l'absorption de crack ou de free base.

FREE BASE : voir crack

FREE-PARTY : rassemblement des adeptes de musique techno organisé souvent sans autorisation des pouvoirs publics ; dure généralement un ou deux jours.

GALETTE : terme désignant la forme sous laquelle est commercialisé le crack avant d'être désagrégé en cailloux, souvent à l'aide d'un cutter. Le plus souvent la galette

correspond à une unité de vente (une dose vendue). Dans ce contexte, une galette pèse en général entre 50 et 200 mg et sera divisé en environ 4 à 6 cailloux. Le terme « galette » peut également être employé pour désigner la substance elle-même ; une galette équivaut alors à « du crack ».

INHALATION : absorption par les voies respiratoires.

INJECTION : désigne l'administration de la substance par voie intraveineuse. Le terme de shoot peut aussi être employé.

KÉTAMINE : anesthésique humain et vétérinaire, la kétamine est détournée de son emploi pour ses propriétés hallucinogènes. Produit classé comme stupéfiant.

LEGAL HIGHS : drogues de synthèse qui imitent les effets de certaines substances interdites (ecstasy et cocaïne notamment). Initialement employé pour souligner l'absence de classement sur la liste des stupéfiants de la plupart de ces nouvelles substances, ce terme ne correspond plus aujourd'hui à la stricte réalité. Certaines substances ont été inscrites sur la liste des stupéfiants dans un ou plusieurs pays de l'UE et leur vente à des fins de consommation est dans tous les cas illégale. Les termes *designer drugs* ou *research chemicals* sont également employés. Ces produits sont souvent proposés à la vente sur Internet.

MICROTRAFIC : activité de petits réseaux de revente de drogues, comptant quelques clients, animés en général par des usagers-revendeurs s'approvisionnant directement auprès de grossistes implantés dans leur région d'origine ou à l'étranger (Espagne, Belgique, Pays-Bas).

MULE : terme désignant des personnes/passeurs transportant de boulettes de cocaïne, généralement, in corpore. Cette pratique peut entraîner la mort en cas de rupture accidentelle des sachets. On rencontre parfois le mot de « bouletteux ».

POLYCONSOMMATION : désigne un usage concomitant ou répété dans le temps de (au moins) deux produits psychoactifs.

PURETÉ : part (%) de la drogue dans le poids d'un échantillon. On parle également de teneur.

RAIL : poudre de cocaïne disposée en lignes, destinées à être sniffées.

SNIFF : technique d'absorption par voie nasale (de la cocaïne) en général à l'aide d'une paille. Le produit est ici absorbé par la muqueuse nasale et non au niveau pulmonaire comme c'est le cas lors de l'inhalation. Il s'agit d'un synonyme du terme « priser » qui n'est, pour sa part, pas employé dans ce cadre.

SPEEDBALL : mélange d'héroïne et de cocaïne consommé en sniff ou en injection.

STIMULANTS : produits qui augmentent l'activité psychique. Regroupent notamment la cocaïne et les amphétamines.

SURDOSE ou OVERDOSE : intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, engendrée par la consommation d'une drogue.

SYNDROME DE SEVRAGE : association de symptômes physiques et psychiques consécutifs à l'arrêt de la consommation d'une drogue. Dans le cas de la cocaïne, les symptômes psychiques (anxiété, fatique, troubles de l'humeur, troubles du sommeil, etc.) apparaissent au premier plan.

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION : traitement reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue dont l'usager est dépendant. Pour l'héroïne, il existe des traitements de substitution aux opiacés. De tels traitements n'existent pas pour la cocaïne.

USAGE DANS L'ANNÉE : au moins un usage au cours des 12 derniers mois.

USAGE DANS LE MOIS : au moins un usage au cours des 30 derniers jours.

USAGE RÉGULIER : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours.

USAGER CACHÉ : terme qualifiant un usager qui n'a pas été en contact avec les institutions sociosanitaires ou répressives. Il s'agit souvent d'usagers dont on considère qu'ils sont insérés socialement. Voir usager désinséré et usager inséré.

USAGER DÉSINSÉRÉ (socialement): ce terme est utilisé ici pour désigner un usager vivant dans une situation de précarité c'est-à-dire ne disposant pas d'un logement stable et/ou de liens sociaux solides (familles, amis) et/ou ne disposant pas de revenus liés à un emploi, ou sans revenu. Certains de ces usagers peuvent ne pas avoir de couverture sociale ou de papiers d'identité.

USAGER INSÉRÉ : l'insertion sociale d'un usager de drogue s'apprécie en termes relationnels (présence d'un environnement familial et amical) mais aussi en fonction de l'accès à un logement, à une couverture sociale, à des revenus réguliers et éventuellement à un travail.

Repères méthodologiques

Introduction méthodologique

Les principales sources d'information utilisées ici, spécifiques ou non à la cocaïne, sont décrites dans ces repères méthodologiques, où elles sont classées par ordre alphabétique. Ces sources peuvent être regroupées en grandes catégories :

■ les enquêtes quantitatives en population générale : réalisées à partir de larges échantillons représentatifs de la population française (adultes, adolescents, jeunes scolarisés, etc.), ces enquêtes présentent l'avantage de donner une mesure directe de quelques phénomènes (niveaux d'usage, opinions, etc.) et de fournir des estimations extrapolables à l'ensemble de la population. L'observation de comportements rares ou des usages de certaines sous-populations spécifiques ou difficiles à joindre (usagers de crack par exemple) nécessitent le recours à des outils de mesure complémentaires. Reproduites à l'identique sur plusieurs années, ces enquêtes permettent de suivre l'évolution dans le temps du phénomène. Si l'expérimentation et l'usage au cours de l'année de cocaïne sont documentés, il n'en est pas de même des consommations plus régulières ou de celles de crack, qui, pour être décrites, doivent bénéficier d'une autre approche méthodologique ;

■ les enquêtes auprès des usagers : pour mieux appréhender les usagers réguliers de cocaïne ou de crack, leurs modes de consommations, leurs motivations, etc., les enquêtes doivent cibler ces consommateurs. La représentativité ne pouvant être atteinte, la constitution de l'échantillon repose sur des méthodes « qualitativistes » (diversification des contacts, méthode « boule de neige », ...). Les comportements étudiés ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population française. Par rapport aux enquêtes en population générale, la taille *a priori* plus réduite de l'échantillon autorise une plus grande diversité d'approche (questionnaires, entretiens, observations, recueils de produits, etc.) et un questionnement plus approfondi ;

■ les statistiques administratives (sanitaires ou répressives) présentent l'avantage d'être souvent faciles d'accès, exhaustives et gratuites. En revanche, elles sont établies pour rendre compte de l'activité des agents ou des structures et personnes en relation avec ces administrations (interpellations, file active des structures de soins,...). En

l'absence ou en complément d'observations plus directes, ces données illustrent les phénomènes d'usage et de trafic de cocaïne et de crack. Dans ce cadre, l'interprétation doit être prudente du fait de la sélection particulière des individus observés (usagers ou trafiquants interpellés, produits saisis, usagers pris en charge, etc.) ;

- certaines sources se rangent difficilement dans les catégories précédentes, parce qu'elles associent les approches qualitatives et quantitatives ou parce qu'elles visent des populations aux contours confus. Le dispositif d'observation TREND se situe à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment et se singularise par l'objet d'étude qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain, dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les autres enquêtes et statistiques pérennes.

Pour écrire cet ouvrage sur la cocaïne, d'autres sources d'informations, pas forcément chiffrées, ont été utilisées. La méthodologie de certaines est décrite ci-après (base législative, veille média du dispositif TREND, etc.).

Chaque description des repères méthodologiques comporte : le nom de la source, l'organisme responsable ou le maître d'œuvre, une rapide description méthodologique, les principales et dernières références bibliographiques. Lorsque la source n'est pas spécifique à la cocaïne, les questions s'y rapportant sont parfois décrites en détail et surreprésentées par rapport à l'ensemble du questionnaire.

Pour une description plus complète de la méthodologie de ces systèmes d'information, se reporter au répertoire des sources statistiques de l'OFDT :
http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html

Description détaillée des sources

ASA CAARUD : rapports d'activité standardisés annuels des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En complément de l'enquête ENaCAARUD (voir ci-après), l'OFDT a mis en place un autre outil de recueil épidémiologique auprès des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) : le rapport d'activité annuel standardisé. Ce dispositif, nommé ASA CAARUD, s'attache à donner des éléments sur la nature des activités développées dans ces structures d'accueil des usagers de drogues.

Chaque CAARUD transmet via un rapport d'activité standardisé des informations quantitatives et qualitatives, relatives à son activité mais également aux usagers accueillis et leurs pratiques, ainsi qu'aux produits consommés. La dernière analyse globale, portant sur 116 rapports (soit 87 % des CAARUD métropolitains et des

départements d'outre-mer), date de 2008. Malgré les différences qui existent entre ces structures, elle a tenté de décrire le dispositif d'un point de vue national et régional, de préciser les caractéristiques des personnes reçues et de détailler les principales interventions réalisées par les CAARUD.

Pour en savoir plus : Chalumeau M., *Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 22 p. (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epxmcq7.html)

Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le Baromètre santé 2010 est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon de près de 27 700 individus âgés de 15 à 85 ans, représentatif de la population française vivant en France métropolitaine. Cette enquête réalisée entre octobre 2009 et juillet 2010 fait suite aux cinq enquêtes « Baromètre santé adultes » (1992, 1993, 1995, 2000 et 2005) et à un « Baromètre santé jeunes » (1997). Le questionnaire porte sur les différents comportements et attitudes de santé des Français (consommation de soins, dépression, vaccination, pratiques de dépistage, activité sportive, violence, sexualité, etc.) et aborde leurs consommations de drogues licites et illicites. L'OFDT, à l'origine de cette partie, en assure le traitement statistique et l'analyse. Les questions sur les drogues illicites portent sur la tranche d'âge 18-64 ans.

Cette enquête est menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en partenariat avec de nombreuses institutions :

- la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM),
- la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé,
- l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT),
- l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES),
- l'Institut de recherche en santé publique (IRESP),
- l'Institut de veille sanitaire (INVS),
- le Centre national de la recherche scientifique (CNRS),
- l'Institut national d'études démographiques (INED),
- la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)

Pour la cocaïne et le crack, les questions portent sur les consommations, ainsi que la transformation de cocaïne en free base et le recours à l'injection.

Pour en savoir plus : Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M.L. et Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n° 76, 2011, 6 p. (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html)

Base législative OFDT-MILDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

La base de données des textes législatifs relatifs au champ des drogues donne accès au texte intégral d'un peu plus de 1 900 documents français (lois, décrets, arrêtés, circulaires, ordonnances, décisions, instructions, rapports législatifs, etc.) publiés depuis 1845. Elle vise l'exhaustivité pour les textes français et recense également les principaux textes relatifs aux conventions et traités internationaux. Elle s'enrichit au fur et à mesure des textes récents.

Cette base a été constituée à partir d'un important fonds législatif (plus de 1 000 documents) compilé par la MILDT. Elle est issue de la veille quotidienne de la base Légifrance pour les textes publiés au Journal officiel, et des sites des différents ministères pour les textes publiés dans les Bulletins officiels. D'autres sources sont également surveillées : les circulaires officielles (publiées sur le site Internet Circulaires.gouv.fr), les textes du Sénat et de l'Assemblée nationale, la collection des traités de l'Organisation des nations unies.

L'intégralité de cette base est disponible en ligne via le site de l'OFDT, qui produit chaque mois un bulletin de veille législative qui permet d'être rapidement informé des textes récents (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/posters/veillelegi.html).

Pour en savoir plus : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/bdoc.html

Base nationale STUPS©

Institut national de police scientifique (INPS)

Devant le nombre de surdoses d'héroïne dans les années 1980, la nécessité d'analyser les échantillons saisis pour déterminer leur pureté et leur composition s'est imposée : c'est l'objet du Fichier national des drogues saisies (FNDS) créé en 1986. Dès 1990, les échantillons de cocaïne ont eux aussi été analysés, avant que toutes les drogues ne soient incluses, au sein de la base STUPS© (Système de traitement uniformisé des produits stupéfiants), initiée en 1999.

En 2010, cinq laboratoires de la police scientifique (Lille, Paris, Lyon, Marseille et Toulouse) et l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale (IRCGN) enrichissent cette base des analyses qu'ils pratiquent. À cette date, elle comptait 36 900 fiches, dont 12 500 relatives à la cocaïne. Les statistiques sont transmises chaque année aux services sociaux, sanitaires et répressifs.

Pour en savoir plus : données non publiées

Bulletin statistique de l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies)

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a pour mission d'apporter des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen

sur le phénomène des drogues et leurs conséquences. À ce titre, cette agence de l'Union européenne coordonne un réseau de 26 centres d'information, ou points focaux, situés dans chacun des États membres (l'OFDT pour la France).
Ces points focaux nationaux transmettent chaque année des données actualisées provenant des divers systèmes d'observation du phénomène des drogues dans leur propre pays. Les informations statistiques, documentaires et techniques centralisées par l'OEDT fournissent ainsi une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe.
Le Bulletin statistique est édité annuellement par l'OEDT et mis en ligne sur son site Internet. Il permet d'accéder aux données statistiques les plus récentes concernant la situation des drogues en Europe. Il est divisé en grandes catégories, correspondant aux indicateurs les plus harmonisés au niveau européen, comme les décès par surdoses et les prévalences de consommations utilisés dans cet ouvrage. Concernant ces dernières, elles proviennent des enquêtes en population générale dont les questionnaires sont autant que possible harmonisés à travers les pays membres de l'OEDT. Outre des tableaux statistiques et des graphiques, ce Bulletin offre une vue d'ensemble des données pour chaque catégorie.

Pour en savoir plus : OEDT, *Rapport annuel 2011 : État du phénomène de la drogue en Europe*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2011, 117 p. (http://www.emcdda.europa.eu/stats11)

CJN : statistiques issues du Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) du ministère de la Justice

Depuis 1984, les informations relatives aux condamnations sont issues d'une exploitation du Casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature et la durée de la peine, ou le cas échéant, le montant de l'amende, et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité).
Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, il convient d'introduire le concept d'infraction principale qui est, en principe, la plus grave (il arrive également que les infractions soient inscrites dans l'ordre des faits fourni dans le procès-verbal mais un contrôle de cohérence est réalisé en fonction du quantum de la peine). C'est la notion la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique.

Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.
Conformément au Code pénal, la cocaïne et le crack ne sont pas distingués des autres stupéfiants dans ces données.

Pour en savoir plus : ministère de la Justice, *Annuaire Statistique de la Justice, édition 2009-2010*, Paris, La Documentation française, 2010, 362 p.

Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues

Institut de veille sanitaire (INVS)

Cette étude associe un volet épidémiologique (assorti de tests sanguins) destiné à mesurer les prévalences de l'infection à VIH et VHC chez les usagers de drogues par injection et un volet socio-anthropologique visant à comprendre les déterminants des pratiques à risque. Le premier volet a été mené durant 8 semaines en 2004 et le second, qui repose sur des entretiens avec des usagers, de 2005 à 2007. Elle a pour objectif de mieux connaître la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation (produits et modalités de consommation), leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.).
Une étude de faisabilité a été menée en 2002 à Marseille auprès de 167 injecteurs ou sniffeurs au moins une fois dans la vie. L'enquête proprement dite s'est déroulée en 2004 à Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux auprès d'usagers ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie. Ces personnes ont été recrutées dans diverses structures (hébergements, centres de soins, dispositifs de réduction des risques et cabinets de médecine générale). Sur 2 389 usagers de drogues à qui il a été proposé de participer, 1 462 ont accepté, soit un taux de participation de 61 %. Parmi eux, 79 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt. La périodicité de cette étude n'est pas encore établie mais un nouvel exercice est prévu dans les prochains mois.

Pour en savoir plus : Emmanuelli J. et Jauffret-Roustide M., *Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues (étude Coquelicot)*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2003, 80 p.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Cette enquête a été mise en place afin d'obtenir les données les plus exhaustives

possibles sur les cas de décès survenant lors d'usage de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance. Elle permet l'identification des produits impliqués dans les décès des personnes faisant un usage abusif de substances psychoactives (médicamenteuses ou non), en opérant un recueil de données quantitatives (dosages sanguins). Elle conduit aussi à une estimation plus précise du nombre des décès liés aux drogues en France, en réduisant la sous-notification de certaines morts d'origine toxique.

Il s'agit d'un recueil en continu mis en place en 2002 et à visée exhaustive sur le territoire métropolitain. En 2009, seize laboratoires réalisant des analyses toxicologiques dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil (ce qui représente un taux de couverture d'environ 85 %). Sont inclus dans DRAMES, les décès liés à la drogue répondant à la définition retenue par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (psychose due à la drogue, dépendance, toxicomanie sans dépendance et empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis, d'hallucinogènes ou de médicaments) et pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

Les données recueillies permettent de caractériser les sujets, de décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus au moment du décès, les résultats de l'autopsie ainsi que l'identification et la quantification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques, selon les techniques de référence.

Pour en savoir plus : Rapport annuel DRAMES sur les résultats de l'enquête 2009 : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/9f25b3fa1e415680fc65aeaff38b2c59.pdf [Accédé le 30.01.2012]

Drogues info service

Addictions drogues alcool info service (ADALIS)

La ligne Drogues info service est la ligne historique du dispositif rattaché au groupement d'intérêt public ADALIS. Créé en 2009 à la suite de Drogues, alcool et tabac info service (DATIS), ADALIS dépend du ministère de la Santé et est placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éduction pour la santé (INPES). L'objectif du service est de répondre à toute demande d'information, d'écoute, de soutien et d'orientation liée à des situations de consommation de produits psychoactifs et de dépendance au jeu.

Parmi les quatre lignes téléphoniques gérées par ADALIS, Drogues info service est celle qui reçoit le plus d'appels. Parallèlement, un site Internet (http://www.drogues-info-service.fr/) permet de mettre à disposition de tous des informations fiables et scientifiquement validées sur les produits, les consommations, les dispositifs sociaux et sanitaires et le cadre légal. Drogues info service a également en charge le recensement et la mise à disposition du public de l'annuaire des structures spécialisées de soin en addictologie (plus de 3 000 structures, regroupées dans une base de données informatisée).

Le rapport d'activité 2010 d'ADALIS fait le bilan des appels traités par chaque ligne téléphonique et des consultations sur le site Internet, en donnant les principales caractéristiques des appels et des personnes qui recourent au dispositif, grâce à l'analyse des fiches d'appel.

Pour en savoir plus : http://www.drogues-info-service.fr/?Rapport-d-activite-2010 [Accédé le 30.01.2012]

ENaCAARUD : Enquête nationale auprès des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête, exhaustive dans les structures de réduction des risques CAARUD en France, permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures et leurs caractéristiques, et de suivre les consommations et l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes, pour adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population.

Elle a été menée pour la première fois en 2006, en relais de l'enquête PRELUD (Enquête première ligne usagers de drogues), et est répétée à un rythme biennal. Elle a lieu au cours d'une semaine donnée, au mois de novembre, dans l'ensemble des CAARUD français (départements d'outre-mer compris) et interroge chaque personne qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête. Encadrée par un intervenant du centre, elle est réalisée par questionnaire en face à face. Les questions portent sur les consommations (fréquence, âge de début d'usage, mode d'administration), les comportements de consommation (injection, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, entourage, etc.).

L'enquête 2010 a eu lieu du 22 au 28 novembre 2010 : 4 488 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis. Après élimination des doublons (283) et des questionnaires « non répondants » (1 700), 2 505 individus ont été inclus dans l'analyse. Un court encadré relatif aux non-répondants permet de compter et de qualifier a minima les usagers n'ayant pas rempli le reste du questionnaire.

Pour en savoir plus : Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A. et Toufik A., *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 281 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxacq1.html)

Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2007 est le deuxième de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs (CJC), dispositif créé en 2005 pour accueillir les jeunes usagers de substances psychoactives, bien qu'il s'agisse dans les faits majoritairement de consommateurs de cannabis. Cette enquête a pris le relais

du système d'information mensuel dans les consultations cannabis, dit SIMCCA, opérationnel de mars 2005 à décembre 2007. L'enquête 2007 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) en consultation entre le 20 mars et le 20 avril 2007 : le questionnaire a ensuite été complété à chaque nouvelle visite de la personne, jusqu'au 30 juin 2007. Elle couvre la métropole et les départements d'outre-mer. Les données ainsi collectées permettent d'observer les modalités de suivi proposées aux personnes accueillies dans ce dispositif. Outre les questions portant uniquement sur le cannabis, l'exercice 2007 intègre des questions sur la nature de la demande exprimée en consultation et l'évolution des consommations, notamment de cocaïne, au fil des consultations.

Pour en savoir plus : Obradovic I., *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 173 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap09/epfxiop1.html)

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête EROPP mesure les opinions, les perceptions et les représentations de la population française sur les psychotropes et sur les actions publiques qui y sont liées. Celle de 2008 constitue le troisième exercice, après les deux premiers de 1999 et 2002. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par sondage aléatoire, représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, constitué d'une part de foyers équipés de ligne fixe (2 235 individus) et d'autre part d'utilisateurs exclusifs de téléphone portable (369 individus). Les données ont été recueillies entre le 27 octobre et le 25 décembre 2008.
Concernant la cocaïne, les individus ont été interrogés sur leur perception du niveau de dangerosité pour la santé, le classement des produits les plus dangereux, leur perception des consommateurs de cocaïne et les politiques publiques touchant les drogues illicites.

Pour en savoir plus : Costes J.M., Le Nézet O., Spilka S. et Laffiteau C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », *Tendances*, n° 71, 2010, 6 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html)

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en collaboration avec la Mission liaison partenariat de la Direction du service national (DSN) du ministère de la Défense

D'abord conduite tous les ans entre 2000 et 2003, l'enquête ESCAPAD est organisée selon un rythme triennal depuis 2005. Elle se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), l'ex-Journée d'appel de préparation à la défense, qui a remplacé depuis 1998 le service national en France. Lors de l'enquête, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives licites et illicites, leur santé et leur mode de vie.
En 2011, 200 centres du service national ont été mobilisés (dont 185 en métropole) pour organiser 789 sessions d'enquête (dont 731 en métropole), durant une semaine et demie en avril. Au total, 32 249 individus ont été interrogés et 29 143 questionnaires ont été analysés, dont 27 402 en métropole. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et pour la plupart encore scolarisés dans l'enseignement secondaire ou en apprentissage (certains étant déjà actifs ou en études supérieures). Un jour donné, le taux de participation à la JDC est de l'ordre de 90 % (nombre de présents sur nombre de convocations) mais le taux de couverture est bien au-delà de ce ratio (convocations possibles à plusieurs dates car la participation est quasi-obligatoire pour permettre l'inscription à plusieurs examens). Ainsi, le taux de participation à l'enquête est supérieur à 99,9 % et le taux de réponse aux principales questions sur les drogues supérieur à 96 %.

Pour en savoir plus : Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.L., « Estimations 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », *Note ESCAPAD*, novembre 2011, 8 p.
(http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxstra.pdf)
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html)

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U669) / Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche (MJENR) / Secrétariat général de l'enseignement catholique

L'enquête ESPAD a été initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN), avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Il s'agit d'une enquête quadriennale, en milieu scolaire, qui cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. Le recueil de données a lieu durant le deuxième trimestre de l'année d'enquête.
L'exercice 2007 s'est déroulé dans plus de 35 pays, dont la France pour la troisième fois consécutive, sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Au total en France, 2 950 élèves nés en 1991, c'est-à-dire âgés de16 ans au moment de l'enquête de 2007, ont répondu individuellement à un questionnaire auto-administré passé en classe, en présence d'un professionnel de santé. Le quatrième exercice d'ESPAD en France a eu lieu en 2011 : les résultats seront disponibles en 2012.

Pour en savoir plus : Hibell B. et al., *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2009, 408 p.

Étude « Usagers cachés de cocaïne »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'étude qualitative sur les « carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés » permet de caractériser les consommateurs qui ne sont familiers ni du système répressif ni du système sanitaire. Ce rapport repose sur 50 entretiens conduits auprès de consommateurs « cachés » en 2006 et 2007 dans 8 grandes agglomérations françaises. Des « carrières type » de consommation ont pu être reconstituées, de l'expérimentation du produit aux phases éventuelles de consommation les plus compulsives. En parallèle, l'étude se penche sur le point de vue de ces usagers : leurs perceptions des risques liés à leurs consommations, leurs stratégies pour contrôler et limiter leurs usages et leurs éventuels besoins et recours à des aides.

Pour en savoir plus : Reynaud-Maurupt C. et Hoareau E., *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés »*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 273 p. (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxcrqc.html)

Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'étude « Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ? » permet de mieux connaître les profils de consommateurs, les problèmes somatiques, psychiatriques et sociaux en lien avec ces usages et de faire le point sur les demandes des usagers et les difficultés rencontrées. Cette étude qualitative a été menée en 2007 et 2008 par l'observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, en collaboration avec l'OFDT. Des entretiens auprès de 37 usagers et de 93 professionnels, ainsi que 14 groupes focaux d'équipes de soins, ont été mobilisés pour cette recherche.

Pour en savoir plus : Escots S. et Sudérie G., *Usages problématiques de cocaïne/crack. Quelles interventions pour quelles demandes ?*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 246 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxseq3.html)

Étude « Usages de drogues et activité professionnelle »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette recherche qualitative, basée sur une approche ethnographique, porte sur les « usagers de drogues intégrés à un milieu professionnel ». L'usage de psychotropes illicites par des personnes intégrées à un milieu professionnel constitue un champ de recherche très récent en France. Cette étude permet de dégager

quelques axes de réflexion pour une meilleure compréhension des usages de substances psychoactives par des personnes qui travaillent.

Une première étude, réalisée en 2002 à visée exploratoire, repose sur les entretiens de 41 personnes qui gèrent leur consommation de substances illicites et leur vie professionnelle, sans faire appel au dispositif de soins pour toxicomanes ni être confrontées au système répressif. Le second volet de l'étude, paru en 2003, est plus particulièrement centré sur les usagers de médicaments prescrits ou détournés, seuls ou en association avec des produits illicites. Il s'appuie sur des entretiens semi-directifs auprès de 63 usagers de produits psychoactifs (dont les 41 inclus dans le premier volet). Trois thèmes majeurs sont développés dans ce rapport : les modalités de consommation et les effets recherchés, l'articulation entre consommation de drogues, vie affective et activité professionnelle et enfin la dimension sociale de la consommation.

Pour en savoir plus : Fontaine A., *Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire*, Paris, OFDT, 2002, 216 p.
(http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/raslab.pdf)
Fontaine A. et Fontana C., *Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, Paris, OFDT, 2003, 161 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap03/epfxafja.html)

Eurobaromètre sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues

Institut de sondages Gallup Organization pour la Commission européenne

Depuis 1973, la Commission européenne effectue, par le biais de sondages, un suivi régulier de l'opinion publique dans les États membres. Depuis plusieurs années, elle étudie le phénomène des drogues en Europe, avec des enquêtes menées auprès des jeunes, d'abord dans quinze pays de l'Union européenne en 2002 et 2004 puis dans les vingt-sept pays en 2008.

Cet Eurobaromètre n° 330 sur les attitudes des jeunes par rapport aux drogues, mené entre le 9 et le 13 mai 2011, cherche à étudier les attitudes et les perceptions des jeunes européens au sujet des drogues. Plus de 12 000 individus âgés de 15 à 24 ans ont été interrogés par téléphone dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. Pour corriger les disparités d'échantillonnage, une pondération des résultats a été effectuée sur les variables sociodémographiques.

Il convient d'interpréter les résultats de cette enquête avec prudence en raison du sujet particulier (les drogues) et surtout des faibles échantillons dans chaque État membre, qui ne permettent pas de calculer des prévalences nationales ni de faire des analyses poussées.

Pour en savoir plus : http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf
[Accédé le 30.01.2012]

HBSC: Enquête Health Behaviour in School-aged Children

Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le réseau HBSC / Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse pour l'enquête en France

L'enquête HBSC est une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, plus de 41 pays ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. L'étude HBSC est auto-administrée, strictement anonyme et menée en classe sous la surveillance d'un enquêteur spécialement formé. La France y participe depuis 1994 : l'échantillon, initialement limité aux régions Midi-Pyrénées et Lorraine, a été étendu au niveau national en 2002.

Le service médical du rectorat de Toulouse assure la coordination nationale de ce projet. L'OFDT, pour sa part, est un des financeurs et collabore à l'élaboration de la partie du questionnaire concernant les drogues licites et illicites, ainsi qu'à son analyse.

En 2006, 9 000 élèves scolarisés en France métropolitaine, du CM2 à la première année de lycée, dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Éducation nationale, ont été interrogés. Au final, 7 154 questionnaires ont été analysés, presque uniformément répartis selon le sexe et l'âge.

Le cinquième exercice d'HBSC en France a eu lieu en 2010 : les résultats seront disponibles en 2012.

Pour en savoir plus : Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Beck F. et Godeau E., « Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence. Résultats du volet français de l'enquête HBSC 2006 », *Tendances*, n° 59, 2008, 4 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend59.html)

Infocentre Nouvelle chaîne pénale

Ministère de la Justice

Depuis 2000, le ministère de la Justice coordonne le dispositif statistique de l'Infocentre Nouvelle chaîne pénale, qui décrit l'activité des parquets situés dans les cours d'appel de Paris et Versailles (qui traitent environ 25 % du contentieux national d'usage de stupéfiants). Il dénombre le volume d'affaires présentées aux parquets (contraventions de 5e classe, délits et crimes) et les orientations proposées (poursuite, composition pénale, procédures alternatives, classement sans suite). Ces données, non publiées, permettent de connaître l'orientation donnée aux affaires pénales parmi lesquelles celles relatives aux stupéfiants, détaillées par infraction.

Conformément au Code pénal, la cocaïne et le crack ne sont pas distingués des autres substances illicites dans ces données judiciaires.

Pour en savoir plus : données non publiées

OSIRIS : Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police, de gendarmerie et de douanes sur le territoire national (départements d'outre-mer compris) sont enregistrées dans le fichier OSIRIS. Il contient les informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local et trafic international) et aux saisies. Néanmoins, les faits les moins graves d'usage de stupéfiants et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas toujours renseignés.

Le produit mentionné est la « drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » (héroïne avant cocaïne, cocaïne avant cannabis, etc.) qui est retenue.

En 2010, sur les 157 341 interpellations d'usagers et de trafiquants de drogues, 7 465 concernaient la cocaïne ou le crack.

Pour en savoir plus : OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010*, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, Paris, à paraître.

Post-test de la campagne Internet 2009 « Drogues : guette l'info, traque l'intox »

Institut d'études de marché et d'opinions BVA, pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Pour mesurer l'impact de ses campagnes de prévention, l'INPES a recours à des enquêtes dites « post-test », réalisées par téléphone auprès des groupes de populations ciblées par ces actions de communication. Globalement, cet outil de mesure permet de s'assurer que la campagne a été vue et que les messages ont été bien compris.

Quatre éléments d'appréciation sont généralement retenus : mémorisation de la campagne (se souvenir d'avoir vu, lu ou entendu parler de la campagne dont le contenu est rappelé) ou reconnaissance (reconnaître des éléments visuels ou auditifs de la campagne), agrément (avoir aimé la campagne), compréhension (se sentir concerné par la campagne, le message, les moyens mis à disposition) et incitation (tendre à modifier son comportement dans le sens des changements préconisés par la campagne).

En complément d'un spot télévisé et de trois messages radio, diffusés en octobre 2009, cette campagne comportait un volet Internet à destination des jeunes : trois bannières vidéo et trois films assuraient la promotion du module de jeu en ligne « Drogues : guette l'info, traque l'intox ». L'enquête réalisée par BVA via Internet avait pour objectif de mesurer l'impact du module de jeu auprès des

jeunes. Elle a interrogé un échantillon national représentatif de 604 jeunes de 15 à 24 ans et s'est déroulé du 5 au 13 novembre 2009. Parallèlement, une enquête analogue portant sur les spots télé et radio a eu lieu du 4 au 12 novembre 2009 auprès d'un échantillon de 1 021 personnes représentatives de la population française de 15 ans et plus.

Pour en savoir plus : INPES, « Dangerosité des drogues : impact de campagne », *Equilibres*, n° 57, 2010, pp. 3.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies dans les structures de soins spécialisés en toxicomanie et en alcoologie (les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse.

Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement.

Les consommateurs de cocaïne et/ou de crack décrits dans cet ouvrage sont les personnes vues en CSAPA qui ont consommé au moins une fois au cours des trente derniers jours ce(s) produit(s) ; est considéré comme usager en difficulté avec la cocaïne/le crack toute personne pour qui ce produit est au moment de la consultation le plus problématique et/ou motive sa prise en charge.

En 2009, environ 89 000 patients vus dans 168 CSAPA (ex-CSST) ambulatoires distincts (soit un taux de couverture de deux tiers), 28 centres thérapeutiques résidentiels (soit un tiers de ces centres) et 9 CSAPA en milieu pénitentiaire (c'est-à-dire la moitié) ont été inclus dans l'enquête. Le taux de couverture de l'enquête sur l'ensemble des personnes vues dans un CSAPA en 2009 est d'environ 70 %.

Pour en savoir plus : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html

RELIONPREDIL : Recueil électronique d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux drogues illicites et licites

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête RELIONPREDIL vise à décrire les principales caractéristiques des actions de prévention liées aux usages de drogues licites ou illicites (tabac, alcool, médicaments psychotropes, cannabis, ecstasy, produits dopants…) menées au niveau local. Elle ne concerne pas les actions de formation, ni les activités pérennes

d'accueil, d'écoute ou de consultations de structures spécialisées (documentées par ailleurs). Elle permet aussi de repérer les évolutions des pratiques de prévention.
Elle porte sur les actions qui s'adressent directement à un public, en population générale ou au sein d'un groupe à risque, pour éviter la survenue ou la répétition des consommations dommageables.
L'enquête RELIONPREDIL sur les actions menées entre janvier et décembre 2010 a été conduite en région Rhône-Alpes, du 3 janvier au 15 mars 2011. Les 112 réponses recueillies décrivent au total 487 actions menées dans autant de lieux distincts. Les taux de réponse modestes de la part de certaines catégories de répondants, notamment les établissements scolaires et les associations spécialisées, expliquent un taux de réponse global de 17 %. Ils ne permettent pas de trancher sur la significativité des résultats relevés pour ces catégories au regard de la situation régionale.

Pour en savoir plus : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/relion.html

SINTES Veille : Système d'identification national des toxiques et substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES est un recueil de données qui vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale et laboratoires des douanes)
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès des usagers. Ces collectes de produits sont bordées par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Dans sa version initiale datant de 1999, le dispositif s'intéressait exclusivement aux produits de synthèse. À partir de 2006, son domaine d'investigation s'est élargi à l'ensemble des produits illicites après qu'une étude pilote ait été réalisée sur le cannabis deux années de suite (en 2004 et 2005).

Pour en savoir plus : Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A. et Toufik A., *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 281 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxacq1.html)
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/reserve/sintes/sintes-veille.html)

SINTES Observation cocaïne

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En 2006, une enquête SINTES Observation orientée spécifiquement sur la cocaïne a permis d'analyser 373 échantillons collectés auprès d'usagers, qui ont par ailleurs été vus lors d'un court entretien. La collecte, qui s'est déroulée de mai à décembre 2006, répondait à un cadre réglementaire strict et a été réalisée par des enquêteurs spécialement formés. Les objectifs de cette étude ont été de renseigner la composition de la cocaïne sur le marché cette année-là, de contrôler le niveau de connaissances des usagers sur le contenu de la cocaïne et de déterminer le(s) facteur(s) influençant leur jugement sur la qualité du produit.
Les analyses toxicologiques menées sur les 373 échantillons ont porté uniquement sur les adultérants, substances actives, et non sur les diluants, inertes. Le procédé utilisé est la chromatographie couplée à une spectrométrie de masse. La perception par les usagers de la qualité et de la pureté de la cocaïne consommée a ensuite été comparée au résultat de l'analyse pour chaque échantillon, pour évaluer la concordance entre les deux.

Pour en savoir plus : Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A. et Évrard I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 189 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxaco2.html)

Évrard I., Legleye S. et Cadet-Taïrou A., « Composition, purity and perceived quality of street cocaine in France », *International Journal of Drug Policy*, Vol.21, n°5, 2010, pp. 399-406.

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place. L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y rencontrer des phénomènes nouveaux ou non encore observés, même s'ils ne sauraient résumer à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, tel que défini par TREND, recouvre essentiellement les CAARUD (Centres d'accueil et d'aide à la réduction des risques chez les usagers de drogues, qui ont remplacé les anciennes boutiques et programmes d'échange de seringues) et les lieux ouverts (rue, squats, etc.). La plupart des personnes rencontrées et observées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité.

■ l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, tecknivals, etc.) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les 8 coordinations locales (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) à l'origine de rapports de site, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national à partir :

■ des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau des coordinations locales doté d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
■ des informations du dispositif SINTES, système d'observation basé sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
■ des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des CAARUD (ENaCAARUD) ;
■ des résultats de systèmes d'informations partenaires (notamment ESCAPAD, EROPP, OSIRIS, etc.) ;
■ des investigations thématiques quantitatives et qualitatives destinées à approfondir un sujet. Par rapport à l'objet de cet ouvrage, une étude spécifique menée dans le cadre de TREND a été utilisée, elle est décrite ci-après.

Pour en savoir plus : Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A. et Toufik A., *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 281 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxacq1.html)
Costes J.M. (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 194 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxjcq2.html)
Gandilhon M., « Le petit trafic de cocaïne en France », *Tendances*, n° 53, 2007, 4 p. (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend53.html)

TREND Enquête « Quanti festif » : enquête sur les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude des pratiques et des opinions liées aux substances psychoactives chez les personnes qui fréquentent l'espace festif « musiques électroniques » a été réalisée en 2004 et 2005 dans le cadre du dispositif TREND. Ce travail apporte pour la première fois en France des éléments quantitatifs représentatifs des usages dans cette population ainsi qu'une visibilité inédite sur les différents groupes sociaux qui la constituent. L'étude permet de décrire leurs usages de substances

psychoactives (plus particulièrement la cocaïne et l'ecstasy), leurs opinions sur ces substances ainsi que leurs conduites à risque.
Pour ce faire, une méthode innovante de recueil d'information quantitative en population cachée a été expérimentée : l'échantillonnage à partir d'un plan de sondage ethnographiquement raisonné.
La première étape a consisté à réaliser une cartographie quantifiée de l'espace festif « musiques électroniques » dans chacune des villes participant à l'étude (Toulouse, Nice, Rennes, Bordeaux et Metz) à partir de données qualitatives (observations sur site et entretiens avec les responsables des lieux festifs). Cette cartographie a ensuite été utilisée comme base pour construire le plan de sondage. La représentativité des données apparaît ainsi largement améliorée par rapport aux études antérieures. La deuxième étape a permis de recueillir 1 496 questionnaires exploités.

Pour en savoir plus : Reynaud-Maurupt C., Chaker S., Claverie O., Monzel M., Moreau C., Évrard I. et Cadet-Taïrou A., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 143 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxcrn9.html)

Veille média du dispositif TREND

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Afin de compléter son dispositif de collecte d'informations sur les tendances émergentes en matière d'usages de drogues illicites, le dispositif TREND de l'OFDT a mis en place une « veille média » centrée sur l'analyse du discours relatif à ces substances psychoactives dans différents journaux et magazines. Cette étude a été menée entre décembre 2000 et septembre 2003 sur 7 publications mensuelles destinées aux jeunes adultes : *l'Affiche*, *Max*, *Têtu* et *Technikart* dès 2000, puis *Coda*, *Nova* et *Trax* à partir de 2002.

Pour en savoir plus : Fontaine A. et Gandilhon M., T*raitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000 - septembre 2003). Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 127 p.
(http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap04/epfxafk8.html)

Liste des sigles

ADALIS	Addictions drogues alcool info service
AAH	Allocation aux adultes handicapés
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AME	Aide médicale de l'Etat
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
AQMI	Al-Qaida au Maghreb islamique
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ASUD	Association d'autosupport des usagers de drogues
AUC	Autodéfenses unies de Colombie
AVC	Accident vasculaire cérébral
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
BHD	Buprénorphine haut dosage
BO	Bulletin officiel
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAHRU	Child and Adolescent Health Research Unit
CAN	Swedish council for information on alcohol and other drugs
CASF	Code de l'action sociale et des familles

CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CECLAD-M	Centre de coordination pour la lutte anti-drogue en Méditerranée
CEIP	Centre d’évaluation et d’information sur la pharmacodépendance
CepiDC	Centre épidémiologique des causes de décès
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CSAPA	Centre de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la santé publique
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
CT	Communauté thérapeutique
DATIS	Drogues alcool tabac info service
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DIS	Drogues info service
DOM	Département d’outre-mer
DRAMES	Décès en relation avec l’abus de médicaments et de substances
DREES	Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSN	Direction du service national
EROPP	Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FARC	Forces armées révolutionnaires de Colombie
FDA	Food and Drug Administration
FLSEG	Faculté libre des sciences économiques et de gestion
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
FNDS	Fichier national des drogues saisies
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FSJ	Fil santé jeunes
HAS	Haute Autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HTA	Hypertension artérielle
IC	Intervalle de confiance
IdM	Infarctus du myocarde
IFOP	Institut français d'opinion publique
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS	Institut national de veille sanitaire
IRCGN	Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense (devenue JDC)
JDC	Journée défense et citoyenneté (ex JAPD)
JO	Journal officiel
LSD	Lysergic Saüre Diethylamide (terme allemand)
MAOC-N	Maritime Analysis and Operations Center for narcotics
MDMA	3,4-méthylènedioxymétamphétamine
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MINI	Mini International Neuropyschiatric Interview
MJENR	Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche
NEMO	Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT
NIDA	National Institute for Drug Abuse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations unies
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ORL	Oto-rhino-laryngologie
ORS	Observatoire régional de la santé

OSIRIS	Outil et système d'informations relatives aux infractions sur les stupéfiants
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PCS	Profession et catégorie sociale
PRELUD	Enquête Première ligne usagers de drogues
RDR	Réduction des risques
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge
RELION PREDIL	Recueil électronique d'indicateurs pour l'observation des actions de prévention liée aux drogues illicites et licites
RSA	Revenu de solidarité active
SDF	Sans domicile fixe
SDN	Société des nations
SDSE	Sous-direction de la statistique et des études
SIMCCA	Système d'information mensuel dans les « consultations cannabis »
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
TTC	Toutes taxes comprises
UE	Union européenne
UMR	Unité mixte de recherche
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie générale

1. ADDICTIONS DROGUES ALCOOL INFO SERVICE, Activité 2010, Saint-Denis, ADALIS, 2011 (à paraître), 44 p.

2. AFONSO L., MOHAMMAD T. et THATAI D., « Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine », *American Journal of Cardiology*, Vol.100, n°6, 2007, pp. 1040-1043.

3. ARNOLD-RICHEZ F., « Drogue et presse : rôle, impact, limites des médias », *Synapse*, n°93, 1993, pp. 18-25.

4. BACHMANN C. et COPPEL A., *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel, 1989, 564 p.

5. BALLON N., LACOSTE J. et CHARLES-NICOLAS A., « Cocaïne et crack », dans REYNAUD M., *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 598-607.

6. BARRÉ M.D., « La répression de l'usage de produits illicites : état des lieux », *Questions pénales*, Vol.XXI, n°2, 2008, 4 p.

7. BARTH C.W., III, BRAY M. et ROBERTS W.C., « Rupture of the ascending aorta during cocaine intoxication », *American Journal of Cardiology*, Vol.57, n°6, 1986, pp. 496.

8. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B., TOVAR M.L. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 6 p.

9. BECK F., GUILBERT P. et GAUTIER A., *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2007, 593 p.

10. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., *Les usages de drogues des adolescents parisiens : analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 101 p.

11. BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M. et ÉVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 176 p.

12. BENYAMINA A., COSCAS S. et BLECHA L., « Cocaïne et co-morbidités psychiatriques », dans KARILA L. et REYNAUD M., Addiction à la cocaïne, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 55-63.

13. BERGERON H., *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, coll. Sociologies, 1999, 370 p.

14. BIELEMAN B., DIAZ A., MERLO G. et KAPLAN C.D., *Lines across Europe. Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin*, Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1993, 232 p.

15. BISHOP Y.M.M., FIENBERG S.E. et HOLLAND P.W., *Discrete multivariate analysis: theory and applications*, New York, Springer, 2007, 557 p.

16. BONNET N. et EDEL Y., « Données pharmacologiques », dans KARILA L. et REYNAUD M., *Addiction à la cocaïne*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 29-31.

17. BRADY K.T., LYDIARD R.B., MALCOLM R. et BALLENGER J.C., « Cocaine-induced psychosis », *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.52, n°12, 1991, pp. 509-512.

18. BRICKNER M.E., WILLARD J.E., EICHHORN E.J., BLACK J. et GRAYBURN P.A., « Left ventricular hypertrophy associated with chronic cocaine abuse », *Circulation*, Vol.84, n°3, 1991, pp. 1130-1135.

19. BRODY S.L., SLOVIS C.M. et WRENN K.D., « Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients », *American Journal of Medicine*, Vol.88, n°4, 1990, pp. 325-331.

20. BROOME K.M., SIMPSON D.D. et JOE G.W., « The role of social support following short-term inpatient treatment », *American Journal on Addictions*, Vol.11, n°1, 2002, pp. 57-65.

21. BRUGAL M.T., DOMINGO-SALVANY A., DÍAZ DE QUIJANO E. et TORRALBA L., « Prevalence of problematic cocaine consumption in a city of Southern Europe, using capture-recapture with a single list », *Journal of Urban Health*, Vol.81, n°3, 2004, pp. 416-427.

22. CABALLERO F. et BISIOU Y., *Droit de la drogue* (2e édition), Paris, Dalloz, 2000, 827 p.

23. CADET-TAÏROU A., COQUELIN A. et JOUANIN M., *ENaCAARUD 2008 et 2010*, Saint-Denis, OFDT, Données non publiées.

24. CADET-TAÏROU A., COQUELIN A. et TOUFIK A., « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 4 p.

25. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., TOUFIK A. et ÉVRARD I., « Huitième rapport national du dispositif TREND », *Tendances*, n°58, 2008, 4 p.

26. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., LAHAIE E., CHALUMEAU M., COQUELIN A. et TOUFIK A., *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 281 p.

27. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., TOUFIK A. et ÉVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 189 p.

28. CARCONE B. et PERNES J.M., « Complications cardiovasculaires de la cocaïne », *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, Vol.9, n°303, 1995, pp. 31-37.

29. CASTEL R., *Les sorties de la toxicomanie*, Fribourg, Editions Universitaires de Fribourg, 1998, 296 p.

30. CHALUMEAU M., *Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 22 p.

31. CHAREST M., « Peut-on se fier aux délinquants pour estimer leurs gains criminels ? », *Criminologie*, Vol.37, n°2, 2004, pp. 64-87.

32. CHEN K. et KANDEL D., « Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States », *Drug and Alcohol Dependence*, Vol.68, n°1, 2002, pp. 65-85.

33. CHITWOOD D. et MORNINGSTAR P., « Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users », *International Journal of Addictions*, Vol.20, n°3, 1985, pp. 449-459.

34. CHUNG C., TUMEH P.C., BIRNBAUM R., TAN B.H., SHARP L., MCCOY E., MERCURIO M.G. et CRAFT N., « Characteristic purpura of the ears, vasculitis, and neutropenia – a potential public health epidemic associated with levamisole-adulterated cocaine », *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol.65, n°4, 2011, pp. 722-725.

35. COHEN P. et SAS A., « Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures », *Addiction Research*, Vol.2, n°1, 1994, pp. 71-94.

36. COHEN P. et SAS A., *Cocaine use in Amsterdam II: Initiation and patterns of use after 1986*, Amsterdam, Instituut voor Sociale Geografie, 1995, 128 p.

37. CONNER K.R., PINQUART M. et HOLBROOK A.P., « Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users », *Drug and Alcohol Dependence*, Vol.98, n°1-2, 2008, pp. 13-23.

38. CONWAY K.P., COMPTON W., STINSON F.S. et GRANT B.F., « Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol.67, n°2, 2006, pp. 247-257.

39. COPPEL A., « Cocaïne, tempus fugit », dans SANCHEZ M., *Dans l'intimité des drogues*, Autrement, 2003, pp. 12-23.

40. COSTES J.M., *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 232 pages.

41. COSTES J.M., *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 194 p.

42. COSTES J.M. et ADÈS J.E., « Ten years of change on the issue of drugs in France: public policy, public opinion and media », *ISSDP Conference 2010*, San Monica, RAND Drug Policy Research Center, 2010.

43. COSTES J.M., LE NÉZET O., SPILKA S. et LAFFITEAU C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », *Tendances*, n°71, 2010, 6 p.

44. CRITS-CHRISTOPH P., SIQUELAND L., BLAINE J., FRANK A., LUBORSKY L., ONKEN L.S., MUENZ L.R., THASE M.E., WEISS R.D., GASTFRIEND D.R., WOODY G.E., BARBER J.P., BUTLER S.F., DALEY D., SALLOUM I., BISHOP S., NAJAVITS L.M., LIS J., MERCER D., GRIFFIN M.L., MORAS K. et BECK A.T., « Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study », *Archives of General Psychiatry*, Vol.56, n°6, 1999, pp. 493-502.

45. DAVIES C., ENGLISH L., LODWICK A., MCVEIGH J. et BELLIS M.A., *2010 National report (2009 data) to the EMCDDA: United Kingdom. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, London, United Kingdom Focal Point at the Department of Health, 2010, 264 p.

46. DCPJ et OCRTIS, *Les prix des stupéfiants en France. La photographie au 4ème trimestre 2010*, Paris, DCPJ, 2011, 14 p.

47. DE TAILLAC P., *Les paradis artificiels. L'imaginaire des drogues de l'opium à l'ecstasy*, Paris, Hugo & Cie, coll. Hugo doc, 2007, 159 p.

48. DECORTE T., *The taming of cocaine: Cocaine use in European and American cities*, Bruxelles, VUB Press, coll. Criminological Studies, 2000, 499 p.

49. DEPOSTIS P., « Le *craving* n'est pas le manque. Un entretien avec Aimé Charles-Nicolas », *Le Courrier des Addictions*, Vol.1, n°1, 1999, pp. 8-12.

50. DEVILLERS C., PIERARD-FRANCHIMONT C., PIERARD G.E., CHARLIER C. et QUATRESOOZ P., « Comment j'explore… des lésions cutanées chez un toxicomane adepte de la cocaïne ou du crack », *Revue Médicale de Liège*, Vol.64, n°3, 2009, pp. 158-160.

51. DGESCO-MILDT, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Paris, CNDP, coll. Repères vie scolaire, 2010, 109 p.

52. DGPNSD, *2010 National report (2009 data) to the EMCDDA: Spain. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, Madrid, Ministerio de sanidad, politica social e igualdad, 2010, 212 p.

53. DGS, *Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012*, Paris, Ministère de la santé et des sports, 2009, 87 p.

54. DISPOSITIF TREND/SINTES, *Cocaïne et lévamisole. Note d'information du 24 janvier 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 1 p.

55. DRUGSCOPE, *The media guide to drugs. Key facts and figures for journalists*, London, DrugScope, 2011, 140 p.

56. DUBÉ P.A., *Agranulocytose induite par la consommation de cocaïne contaminée au lévamisole*, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2010, 12 pages.

57. DUJOURDY L., BESACIER F. et LADROUE V., « La cocaïne saisie en France. Exploitation des données statistiques nationales », *L'actualité chimique*, n°342-343, 2010, pp. 29-36.

58. DURLACHER J., BRYANT J. et COPPEL A., *Cocaïne*, Paris, Editions du Lézard, 2000, 104 p.

59. DWORSKY N., « Zum praktischen Umgang der Drogenhilfe mit Crack-Konsumenten », *Suchttherapie*, Vol.3, n°1, 2002, pp. 24-25.

60. EDGECOMBE A. et MILROY C., « Sudden death from superior mesenteric artery thrombosis in a cocaine user », *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, Online first 18 May 2011.

61. EMCDDA, *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Lisbon, EMCDDA, 2007, 50 p.

62. EMCDDA, *Polydrug use: patterns and responses. EMCDDA 2009 selected issue*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2009, 29 p.

63. EMCDDA et EUROPOL, *Cocaine: a European Union perspective in the global context.* EMCDDA-Europol joint publications n°2, Luxembourg, Publication Office of the European Union, 2010, 42 p.

64. ERICKSON P.G., ADLAF E.M., MURRAY G. et SMART R.G., *The steel drug: cocaine in perspective*, New York, Lexington Books, 1987, 169 p.

65. ERICKSON P.G. et WEBER T.R., « Cocaine careers, control and consequences: results from a Canadian study », *Addiction Research*, Vol.2, n°1, 1994, pp. 37-50.

66. ESCOTS S. et SUDÉRIE G., *Usages problématiques de cocaïne/crack. Quelles interventions pour quelles demandes ?*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 246 p.

67. EUROPEAN COUNCIL, *EU Drugs Action Plan (2005-2008)*, Brussels, Official Journal of the European Union 2005/C 168/01, 2005, 18 p.

68. EUROPEAN COUNCIL, *EU Drugs Action Plan for 2009-2012*, Brussels, Official Journal of the European Union 2008/C 326/09, 2008, 19 p.

69. ÉVRARD I., LEGLEYE S. et CADET-TAÏROU A., « Composition, purity and perceived quality of street cocaine in France », *International Journal of Drug Policy*, Vol.21, n°5, 2010, pp. 399-406.

70. FALS-STEWART W., BIRCHLER G.R. et O'FARRELL T.J., « Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: effects on relationship adjustment and drug-using behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.64, n°5, 1996, pp. 959-972.

71. FEENEY C.M. et BRIGGS S., « Crack hands: a dermatologic effect of smoking crack cocaine », *Cutis*, Vol.50, n°3, 1992, pp. 193-194.

72. FERDINAND S. et THÉODORE M., *Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe*, Basse-Terre, ORS Guadeloupe, 2008, 40 p.

73. FERRI C.P., GOSSOP M., RABE-HESKETH S. et LARANJEIRA R.R., « Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users », *Addiction*, Vol.97, n°7, 2002, pp. 825-832.

74. FISCHER B., REHM J., BRISSETTE S., BROCHU S., BRUNEAU J., EL-GUEBALY N., NOËL L., TYNDALL M., WILD C., MUN P. et BALIUNAS D., « Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study) », *Journal of Urban Health*, Vol.82, n°2, 2005, pp. 250-266.

75. FONTAINE A., *Usages de drogues et vie professionnelle : recherche exploratoire*, Paris, OFDT, 2002, 216 p.

76. FONTAINE A., *Double vie. Les drogues et le travail*, Paris, Le Seuil, 2006, 214 p.

77. FONTAINE A. et FONTANA C., *Drogues, activité professionnelle et vie privée. Deuxième volet de l'étude qualitative sur les usagers intégrés en milieu professionnel*, Paris, OFDT, 2003, 161 p.

78. FONTAINE A. et GANDILHON M., *Traitement médiatique de l'usage de drogues à travers 7 magazines (décembre 2000 - septembre 2003). Rapport sur la veille média du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 127 p.

79. FORD C., *Guidance for working with cocaine and crack users in primary care*, London, Royal College of General Practitioners, 2004, 39 p.

80. FOX H.C., TALIH M., MALISON R., ANDERSON G.M., KREEK M.J. et SINHA R., « Frequency of recent cocaine and alcohol use affects drug craving and associated responses to stress and drug-related cues », *Psychoneuroendocrinology*, Vol.30, n°9, 2005, pp. 880-891.

81. GALENIANOS M., PACULA R.L. et PERSICO N., « A search-theoretic model of the retail market for illicit drugs », *NBER Working Paper Series*, n°14980, 2009.

82. GANDILHON M., « Le petit trafic de cocaïne en France », *Tendances*, n°53, 2007, 4 p.

83. GANDILHON M., *La guerre des paysans en Colombie. De l'autodéfense agraire à la guérilla des FARC*, Paris, Les Nuits rouges, 2011, 216 p.

84. GANDILHON M., CADET-TAÏROU A., LAHAIE E. et CHALUMEAU M., « Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 », *Tendances*, n°73, 2010, 6 p.

85. GATES S., SMITH L.A. et FOXCROFT D.R., « Auricular acupuncture for cocaine dependence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol.1, n°CD005192, 2006.

86. GONZALEZ POSSO C., *Informe sobre narcoparamilitares en 2010*, Bogota, Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz (INDEPAZ), 2011, 38 p.

87. GUEROT E., SANCHEZ O., DIEHL J.L. et FAGON J.Y., « Complications aiguës dans l'usage de cocaïne », *Annales de Médecine Interne*, Vol.153, n°3 Suppl., 2002, pp. 1S27-21S31.

88. GUILLUY C., *Fractures françaises*, Paris, François Bourin, coll. Politique, 2010, 206 p.

89. HALFEN S., VINCELET C. et GRÉMY I., *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions. Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)*, Paris, ORS Île-de-France, 2008, 164 p.

90. HALL W. et GARTNER C., « Ethical and policy issues in using vaccines to treat and prevent cocaine and nicotine dependence », *Current Opinion in Psychiatry*, Vol.24, n°3, 2011, pp. 191-196.

91. HAMMERSLEY R. et DITTON J., « Cocaine careers in a sample of Scottish users », *Addiction Research*, Vol.2, n°1, 1994, pp. 51-69.

92. HANEY M., GUNDERSON E.W., JIANG H., COLLINS E.D. et FOLTIN R.W., « Cocaine-specific antibodies blunt the subjective effects of smoked cocaine in humans », *Biological Psychiatry*, Vol.67, n°1, 2010, pp. 59-65.

93. HAS (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ), *Recommandations de bonne pratique : Prise en charge des consommateurs de cocaïne*, Saint-Denis, HAS, 2010, 274 p.

94. HICKS M.J., DE B.P., ROSENBERG J.B., DAVIDSON J.T., MORENO A.Y., JANDA K.D., WEE S., KOOB G.F., HACKETT N.R., KAMINSKY S.M., WORGALL S., TOTH M., MEZEY J.G. et CRYSTAL R.G., « Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs », *Molecular Therapy*, Vol.19, n°3, 2011, pp. 612-619.

95. HOARE J., *Drug misuse declared: Findings from the 2008/09 British Crime Survey.* Statistical Bulletin, 12/09, London, Home Office, 2009, 86 p.

96. HOLLANDER J.E., « The management of cocaine-associated myocardial ischemia », *New England Journal of Medicine*, Vol.333, n°19, 1995, pp. 1267-1272.

97. HOPE V.D., HICKMAN M. et TILLING K., « Capturing crack cocaine use: estimating the prevalence of crack cocaine use in London using capture-recapture with covariates », *Addiction*, Vol.100, n°11, 2005, pp. 1701-1708.

98. INPES, « Dangerosité des drogues : impact de campagne », *Equilibres*, n°57, 2010, pp. 3.

99. JANSSEN E. et PALLE C., « Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France », *Tendances*, n°70, 2010, 4 p.

100. JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., COUTURIER E., THIERRY D., RONDY M., QUAGLIA M., RAZAFANDRATSIMA N., EMMANUELLI J., GUIBERT G., BARIN F. et DESENCLOS J.C., « A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design », *BMC Infectious Diseases*, Vol.9, n°113, 2009.

101. JAUFFRET-ROUSTIDE M., RONDY M., OUDAYA L., GUIBERT G., SEMAILLE C., PEQUART C. et COLLECTIF INTER-CAARUD SUR LE CRACK, « Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites », *BEH Web*, n°1, 2010, 4 p.

102. JENKINS J., BABU K., HSU-HUNG E., ROBINSON-BOSTOM L. et KROUMPOUZOS G., « ANCA-positive necrotizing vasculitis and thrombotic vasculopathy induced by levamisole-adulterated cocaine: a distinctive clinicopathologic presentation », *Journal of the American Academy of Dermatology*, Vol.65, n°1, 2011, pp. e14-e16.

103. KARILA L., BELKACEM A. et REYNAUD M., « Abus et dépendance à la cocaïne », dans KARILA L. et REYNAUD M., *Addiction à la cocaïne*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 38-41.

104. KARILA L., LÉPINE J.P. et REYNAUD M., « Les traitements pharmacologiques dans l'addiction à la cocaïne », dans KARILA L. et REYNAUD M., *Addiction à la cocaïne*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 95-102.

105. KARILA L., LOWENSTEIN W., COSCAS S., BENYAMINA A. et REYNAUD M., « L'addiction à la cocaïne : de nombreuses conséquences », *La Revue du Praticien* - Monographie, Vol.59, n°6, 2009, pp. 825-829.

106. KARILA L., WEINSTEIN A., BENYAMINA A., COSCAS S., LEROY C., NOBLE F., LOWENSTEIN W., AUBIN H.J., LEPINE J.P. et REYNAUD M., « Pharmacothérapies actuelles et immunothérapie dans l'addiction à la cocaïne », *La Presse Médicale*, Vol.37, n°4 Pt 2, 2008, pp. 689-698.

107. KILMER B. et PACULA R., « Estimating the size of the illicit drug markets: A demand-side approach - Report 2 », dans REUTER P. et TRAUTMANN F., *A report on global illicit drug markets 1998-2007*, Brussels, European Commission, 2009, pp. 25-76.

108. KIM Y.H., SCHIFF E., WAALEN J. et HOVELL M.M., « Efficacy of acupuncture for treating cocaine addiction: a review paper », *Journal of Addictive Diseases*, Vol.24, n°4, 2005, pp. 115-132.

109. KINSEY B.M., KOSTEN T.R. et ORSON F.M., « Anti-cocaine vaccine development », *Expert Review of Vaccines*, Vol.9, n°9, 2010, pp. 1109-1114.

110. KLEBER H.D., « Epidemic cocaine abuse: America's present, Britain's future? », *British Journal of Addiction*, Vol.83, n°12, 1988, pp. 1359-1371.

111. KNAPP W.P., SOARES B.G., FARRELL M. et SILVA DE LIMA M.S., « Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol.3, n°CD003023, 2007.

112. LABROUSSE A., *Géopolitique des drogues*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2011, 128 p.

113. LANCASTER K., HUGHES C.E., SPICER B., MATTHEW-SIMMONS F. et DILLON P., « Illicit drugs and the media: models of media effects for use in drug policy research », *Drug and Alcohol Review*, Vol.30, n°4, 2011, pp. 397-402.

114. LEBEAU B., « Cocaïne : de la mythologie à la consommation de masse », *Revue Toxibase*, n°21, 2006, pp. 1-5.

115. LEGLEYE S., BEN LAKHDAR C. et SPILKA S., « Two ways of estimating the euro value of the illicit market for cannabis in France », *Drug and Alcohol Review*, Vol.27, n°5, 2008, pp. 466-472.

116. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NÉZET O. et BECK F., *Les usages de drogues des adolescents parisiens. Tome 2 - Exploitation secondaire de l'enquête nationale ESCAPAD 2005*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 28 p.

117. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NÉZET O. et LAFFITEAU C., « Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n°66, 2009, 6 p.

118. LETEUR S., *« Sentier Lumineux » : le grand retour. Guérilla idéologique, ou cartel déguisé ?* Note d'alerte du DRMCC (Département de recherche sur les menaces criminelles contemporaines), Paris, Institut de criminologie de Paris II Panthéon-Assas, 2009, 5 p.

119. LOPEZ A. et BECONA E., « Depression and cocaine dependence », *Psychological Reports*, Vol.100, n°2, 2007, pp. 520-524.

120. LOUIE A.K., LANNON R.A., RUTZICK E.A., BROWNE D., LEWIS T.B. et JONES R., « Clinical features of cocaine-induced panic », *Biological Psychiatry*, Vol.40, n°9, 1996, pp. 938-940.

121. LOWENSTEIN W., « Complications somatiques de la consommation de cocaïne », dans KARILA L. et REYNAUD M., *Addiction à la cocaïne*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, pp. 64-69.

122. MAJLESI N., SHIH R., FIESSELER F.W., HUNG O. et DEBELLONIO R., « Cocaine-associated seizures and incidence of status epilepticus », *Western Journal of Emergency Medicine*, Vol.11, n°2, 2010, pp. 157-160.

123. MARCHETTI D., *Quand la santé devient médiatique. Les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, PUG, 2010, 191 p.

124. MARTELL B.A., ORSON F.M., POLING J., MITCHELL E., ROSSEN R.D., GARDNER T. et KOSTEN T.R., « Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial », *Archives of General Psychiatry*, Vol.66, n°10, 2009, pp. 1116-1123.

125. MCLELLAN A.T., ARNDT I.O., METZGER D.S., WOODY G.E. et O'BRIEN C.P., « The effects of psychosocial services in substance abuse treatment », *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol.269, n°15, 1993, pp. 1953-1959.

126. MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, Paris, La Documentation française, coll. Rapports officiels, 2008, 111 p.

127. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, *La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011*, Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 19 pages.

128. MITTLEMAN M.A., MINTZER D., MACLURE M., TOFLER G.H., SHERWOOD J.B. et MULLER J.E., « Triggering of myocardial infarction by cocaine », *Circulation*, Vol.99, n°21, 1999, pp. 2737-2741.

129. MUGFORD S.K., « Recreational cocaine use in three Australian cities », *Addiction Research*, Vol.2, n°1, 1994, pp. 95-108.

130. MUIRHEAD T.T. et EIDE M.J., « Toxic effects of levamisole in a cocaine user - Images in clinical medicine », *New England Journal of Medicine*, Vol.364, n°24, 2011, pp. e52.

131. MURPHY S., REINARMAN C. et WALDORF D., « An 11-year follow-up of a network of cocaine users », *British Journal of Addiction*, Vol.84, 1989, pp. 427-436.

132. NABBEN T. et KORF D.J., « Cocaine and crack in Amsterdam: diverging subcultures », *Journal of Drug Issues*, Vol.29, n°3, 1999, pp. 627-652.

133. OBRADOVIC I., *Évaluation du dispositif des « Consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) : Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 173 p.

134. OBRADOVIC I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances*, n°72, 2010, 6 p.

135. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2006*, Paris, Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du Territoire, Direction Générale de la Police Nationale, Direction Centrale de la Police Judiciaire, 2007, 122 p.

136. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2008 - Stups - Osiris*, Paris, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, 2009, 60 p.

137. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2009 - Stups - Osiris*, Paris, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, 2010, 75 p.

138. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2010*, Paris, Direction générale de la police nationale, Direction centrale de la police judiciaire, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer et des Collectivités territoriales, 2011 (à paraître).

139. OEDT, *Rapport annuel 2011 : État du phénomène de la drogue en Europe*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2011, 117 p.

140. OFDT, « Drogues illicites : résultats du 12ème exercice du dispositif TREND », *Tendances*, n°78, à paraître.

141. OFDT et CEIP DE CAEN, *Phénacétine : Produit de coupe de la cocaïne en augmentation. Note d'information SINTES du 21 décembre 2007*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 6 p.

142. OICS, *Recommandations de l'Organe international de contrôle des stupéfiants : Réduction de la demande de drogues. Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la lutte contre la production, la vente, la demande, le trafic et la distribution illicites de stupéfiants et de substances psychotropes et les activités connexes*, Vienne, OICS, 1998, 7 p.

143. OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2000*, New York, Nations Unies, 2001, 83 p.

144. OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2003*, New York, Nations Unies, 2004, 109 p.

145. OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2009*, New York, Nations Unies, 2010, 182 p.

146. OICS, *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010*, New York, Nations Unies, 2011, 172 p.

147. OLIN N. et PLASAIT B., *Drogue : l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites.* Rapport d'information n°321, Paris, Sénat, 2003, 1183 p.

148. ORS MARTINIQUE et CIRDD MARTINIQUE, *Enquête CAME - Crack À la Martinique : Etat des lieux. Point de vue de la population, profils et trajectoires des usagers*, Fort de France, ORS Martinique (OSM), 2008, 64 p.

149. ORSON F.M., KINSEY B.M., SINGH R.A., WU Y., GARDNER T. et KOSTEN T.R., « Substance abuse vaccines », *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol.1141, 2008, pp. 257-269.

150. PALLE C. et VAISSADE L., « Premiers résultats de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », *Tendances*, n°54, 2007, 6 p.

151. PANTALON M.V., CHAWARSKI M.C., FALCIONI J., PAKES J. et SCHOTTENFELD R.S., « Linking process and outcome in the community reinforcement approach for treating cocaine dependence: a preliminary report », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, Vol.30, n°2, 2004, pp. 353-367.

152. PÉREZ R., « Chronique de Bolivie : coca, cocaïne et pouvoir », *Problèmes d'Amérique latine*, n°69, 2008, pp. 49-78.

153. PFEIFFER-GERSCHEL T., KIPKE I., FLOETER S., KARACHALIOU K., LIEB C. et RAISER P., *2010 National report (2009 data) to the EMCDDA: Germany. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, Munich, IFT Institute for Therapy Research, 2010, 294 p.

154. PLOQUIN F., « Parrains et caïds. L'inépuisable vivier français », *Pouvoirs*, n°132 (Le crime organisé), 2010, pp. 91-102.

155. POZNER C.N., LEVINE M. et ZANE R., « The cardiovascular effects of cocaine », *Journal of Emergency Medicine*, Vol.29, n°2, 2005, pp. 173-178.

156. PRESCRIRE RÉDACTION, « Effets de l'intoxication par la cocaïne », *Prescrire*, Vol.14, n°139, 1994, pp. 215-216.

157. PUDNEY S., BADILLO C., BRYAN M., BURTON J., CONTI G. et IACOVOU M., « Estimating the size of the UK illicit drug market », dans SINGLETON N., MURRAY R., et TINSLEY L., *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments* (2nd edition), London, Home Office, 2006, pp. 46-88.

158. QUÉRÉ S., *La 'Ndrangheta - Enquête au cœur de la plus puissante des mafias italiennes*, Paris, La Manufacture de livres, 2009, 181 p.

159. RAYMON L.P. et ISENSCHMID D.S., « The possible role of levamisole in illicit cocaine preparations (Letter to the editor) », *Journal of Analytical Toxicology*, Vol.33, n°9, 2009, pp. 620-622.

160. REINARMAN C., MURPHY S. et WALDORF D., « Pharmacology is not destiny: the contingent character of cocaine abuse and addiction », *Addiction Research,* Vol.2, n°1, 1994, pp. 21-36.

161. RETAILLAUD-BAJAC E., *Les paradis perdus. Drogues et usagers de drogues dans la France de l'entre-deux-guerres*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Histoire, 2009, 467 p.

162. REYNAUD-MAURUPT C. et CADET-TAÏROU A., « Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro », *Tendances*, n°56, 2007, 4 p.

163. REYNAUD-MAURUPT C., CHAKER S., CLAVERIE O., MONZEL M., MOREAU C., ÉVRARD I. et CADET-TAÏROU A., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 143 p.

164. REYNAUD-MAURUPT C. et HOAREAU E., *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés »*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 273 p.

165. REYNAUD-MAURUPT C., MILHET M. et HOAREAU E., « Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio-sanitaires et répressives », *Déviance et Société*, Vol.35, n°4, 2011, pp. 503-529.

166. RICHARD D., SENON J.L. et VALLEUR M., *Dictionnaire des drogues et des dépendances* (2e édition), Paris, Larousse, 2004, 626 p.

167. RICHARDSON G.A., GOLDSCHMIDT L. et LARKBY C., « Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis », *Pediatrics*, Vol.120, n°4, 2007, pp. e1017-e1027.

168. RIGTER H., VAN GAGELDONK A., KETELAARS T. et VAN LAAR M., *Treatment of problematic drug use. State of the art for evidence based treatments and other interventions*, Utrecht, Trimbos Institut, 2004, 200 p.

169. ROEH I. et FELDMAN S., « The rhetoric of numbers in front-page journalism: how numbers contribute to the melodramatic in the popular press », *Text*, Vol.4, n°4, 1984, pp. 347-368.

170. SATRAN A., BART B.A., HENRY C.R., MURAD M.B., TALUKDAR S., SATRAN D. et HENRY T.D., « Increased prevalence of coronary artery aneurysms among cocaine users », *Circulation*, Vol.111, n°19, 2005, pp. 2424-2429.

171. SCHILLER C. et ALLEN P.J., « Follow-up of infants prenatally exposed to cocaine », *Pediatric Nursing*, Vol.31, n°5, 2005, pp. 427-436.

172. SCHLATTER J., NESTER G. et TRYLESINSKI A., « Le crack : une forme de cocaïne inhalée », *La Presse Médicale*, Vol.26, n°35, 1997, pp. 1695-1698.

173. SCHLÉRET Y., ROMAIN O., BALTEAU S., BAILLY F. et MONZEL M., *Rapport du site Trend-Metz (Lorraine)*, Metz, CMSEA, ORSAS Lorraine, 2008, 69 pages.

174. SIEGEL R.K., « Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences and treatment », *NIDA Research Monograph*, Vol.50, 1984, pp. 92-110.

175. SILVA DE LIMA M., REISSER A.A., SOARES B.G. et FARRELL M., « Andidepressants for cocaine dependence », Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol.4, n°CD002950, 2001.

176. SIVAGNANAM G., « A vaccine against cocaine abuse », *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapics*, Vol.2, n°2, 2011, pp. 143-144.

177. SOFUOGLU M. et KOSTEN T.R., « Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction », *Expert Opinion on Emerging Drugs*, Vol.11, n°1, 2006, pp. 91-98.

178. SOPENA B., RIVERA A., RODRIGUEZ-DOMINGUEZ M., RODRIGUEZ-RODRIGUEZ M., ARGIBAY A., MAURE B., GIMENA B. et MARTINEZ-VAZQUEZ C., « Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaina que precisaron ingreso hospitalario », *Revista Clinica Espanola*, Vol.208, n°1, 2008, pp. 12-17.

179. SPILKA S., LE NÉZET O. et TOVAR M.L., *Estimations des consommations de produits psychoactifs à 17 ans en 2011* (Note), Saint-Denis, OFDT, 2011, 5 p.

180. SPILKA S., TRIBESS A., LE NÉZET O., BECK F. et LEGLEYE S., *Les usages de drogues des adolescents parisiens. Tome 3 - Étude qualitative*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 96 p.

181. STINUS L., « La dépendance à la cocaïne », *La Revue du Praticien - Médecine Générale*, Vol.6, n°179, 1992, pp. 1203-1210.

182. STRATHEARN L. et MAYES L.C., « Cocaine addiction in mothers: potential effects on maternal care and infant development », *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol.1187, 2010, pp. 172-183.

183. SUDÉRIE G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008. Tendances récentes sur le site de Toulouse*, Toulouse, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées, 2009, 86 p.

184. SUDÉRIE G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009. Tendances récentes sur le site de Toulouse*, Toulouse, Graphiti - CIRDD Midi-Pyrénées, 2011, 96 p.

185. SUDÉRIE G., MONZEL M. et HOAREAU E., « Évolution de la scène techno et des usages en son sein », dans COSTES J.M., *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 84-95.

186. THE GALLUP ORGANISATION, *Youth attitudes on drugs. Analytical report*, Brussels, European Commission, 2011, 124 p.

187. THIRTHALLI J. et BENEGAL V., « Psychosis among substance users », *Current Opinion in Psychiatry*, Vol.19, n°3, 2006, pp. 239-245.

188. THOMASIUS R., GOUZOULIS-MAYFRANK E., KRAUS C., WIEDENMANN H., HERMLE L., SACK P.M., ZEICHNER D., KÜSTNER U., SCHINDLER A., KRÜGER A., UHLMANN S., PETERSEN K.U., ZAPLETALOVA P., WARTBERG L., SCHÜTZ C.G., SCHULTE-MARKWORT M., OBROCKI J., HEINZ A. et SCHMOLDT A., « AWMF-Behandlungsleitlinie: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene », *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, Vol.72, n°12, 2004, pp. 679-695.

189. TIMBART O., « 20 ans de condamnations pour crimes et délits », *Infostat Justice*, n°114, 2011, 8 p.

190. TOOSSI S., HESS C.P., HILLS N.K. et JOSEPHSON S.A., « Neurovascular complications of cocaine use at a tertiary stroke center », *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol.19, n°4, 2010, pp. 273-278.

191. TOUFIK A., SARRADET A. et GANDILHON M., *Tendances récentes. Rapport TREND*, Paris, OFDT, 2000, 99 p.

192. UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME), *The transatlantic cocaine market*. Research paper, Vienne, UNODC, 2011, 64 p.

193. UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME), *World drug report 2010*, New York, United Nations, 2011, 307 p.

194. VOCCI F. et LING W., « Medications development: successes and challenges », *Pharmacology and Therapeutics*, Vol.108, n°1, 2005, pp. 94-108.

195. VOCCI F.J. et ELKASHEF A., « Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse dans dependence », *Current Opinion in Psychiatry*, Vol.18, n°3, 2005, pp. 265-270.

196. WALDORF D., REINARMAN C. et MURPHY S., *Cocaine changes: the experience of using and quitting*, Philadelphia, PA, Temple University Press, 1991, 326 p.

197. WALLACE B.C., « Treating crack cocaine dependence: the critical role of relapse prevention », *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol.24, n°2, 1992, pp. 213-222.

198. WEINBERGER D., « Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? », *Drogues, enjeux internationaux*, n°1, 2011, 6 p.

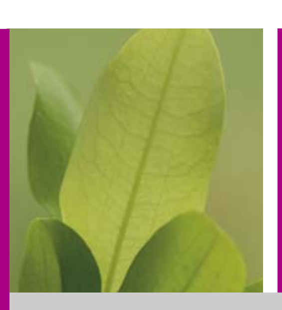
199. WEISS R.D., GRIFFIN M.L., GALLOP R.J., NAJAVITS L.M., FRANK A., CRITS-CHRISTOPH P., THASE M.E., BLAINE J., GASTFRIEND D.R., DALEY D. et LUBORSKY L., « The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients », *Drug and Alcohol Dependence*, Vol.77, n°2, 2005, pp. 177-184.

200. WIENER R.S., LOCKHART J.T. et SCHWARTZ R.G., « Dilated cardiomyopathy and cocaine abuse. Report of two cases », *American Journal of Medicine*, Vol.81, n°4, 1986, pp. 699-701.

201. WITTON J. et ASHTON M., *Treating cocaine/crack dependence*, London, NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse), 2002, 8 p.

202. YVOREL J.J., *Les poisons de l'esprit. Drogues et drogués au XIXè siècle*, Paris, Quai Voltaire Histoire, 1992, 322 p.

Illustrations







cocaïne produits dérivés
boulette **effets** cailloux
fabrication **crack** **pureté**
trafic mule consommation

Forêt colombienne



Feuilles de coca



Feuilles de coca



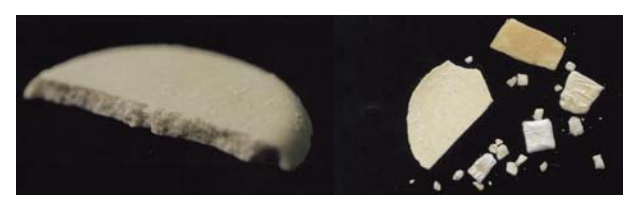
Pasta



Cocaïne pure



Bloc de chlorydrate



Galette de crack *Cailloux de crack*



Rail de cocaïne



Pipe à crack



Boulettes et doses de rue



Principales voies de trafic de la cocaïne





Go fast



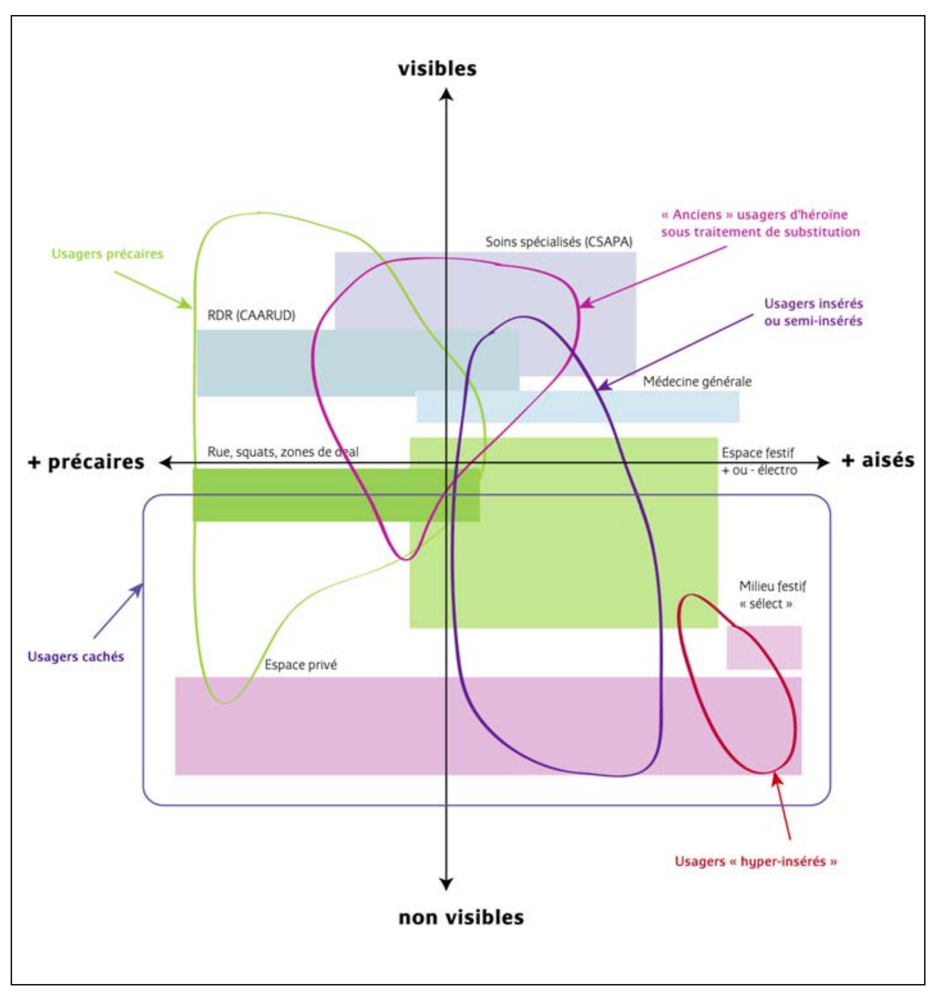
Saisies de briques de cocaïne avec logo scorpion

Bonbonne de cocaïne



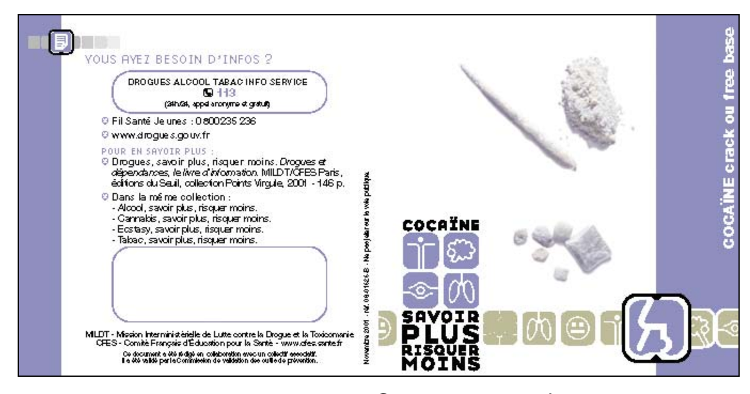
Radiographie d'un passeur ayant avalé des bonbonnes de cocaïne

Les différents profils d'usagers de cocaïne selon les espaces d'observation



© TREND / OFDT

Brochures de prévention



« Cocaïne savoir plus,risquer moins »
© MILDT/INPES (2001)



« Cocaïne »
© Keep Smiling (2006)





« Le crack, le free base, la galette, le caillou, la cocaïne base, c'est quoi ? »
© Crips Île-de-France (2007)



« Coke, crack »
© Techno+ (2011)



« Vrai ? Faux ? Chaud ! 24 réponses sur la cocaïne » © MILDT/INPES (2009)

Couvertures «presse »



Couverture du Nouvel Observateur n° 22047, 29 janvier - 4 février 2004



Couverture de Choc n°89 19 juillet-1er août 2007



Couverture de L'Express n° 2958, 13 - 19 mars 2008

Citation recommandée

POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, mars 2012, 232 p.

En France, le nombre de personnes déclarant consommer de la cocaïne au moins une fois dans l'année est d'environ 400 000 individus, ce qui fait de cette substance la deuxième drogue illicite en termes d'usage (derrière le cannabis). Au-delà de ce rang, la place de la cocaïne a indéniablement changé au cours des 15 dernières années, rendant cette drogue incontournable dans le paysage des substances illicites et son observation indispensable.
Alors que l'Europe dans son ensemble est devenue, du fait de la réorientation du trafic international, une zone privilégiée par les producteurs et les trafiquants, le prix du produit a baissé, permettant sa diffusion bien au-delà des couches sociales plutôt aisées qui le consommaient jusque là. Aujourd'hui, la substance est présente sous plusieurs formes (poudre ou cocaïne basée/crack) et le profil des usagers s'est diversifié. Dans le même temps, la problématique sanitaire longtemps négligée se fait plus prégnante.
C'est afin d'analyser l'ensemble de ces évolutions et de dresser un état des lieux relatif à la place actuelle de ce produit en France que l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) propose cette monographie. Cette synthèse est le résultat d'un travail collectif mené par les équipes et les spécialistes proches de l'OFDT qui rassemble l'ensemble des données les plus récentes sur la question.

Cocaïne, données essentielles est structuré autour de sept thématiques

- Présentation et histoire du produit
- Offre de cocaïne (géopolitique, trafics et chiffre d'affaires)
- Consommations (niveaux, évolution et géographie)
- Usagers de cocaïne et de crack
- Enjeux sanitaires
- Cadre légal et réponses publiques
- Représentations et perceptions

Construit pour permettre une lecture linéaire ou sélective, ce travail s'attache à présenter les données de façon claire et accessible. Sur tous ces sujets, l'approche se veut rigoureuse et pédagogique permettant au lecteur professionnel mais aussi au non spécialiste d'appréhender au mieux le phénomène.



Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

ISBN : 978-2-11-128265-0